

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)
Факультет психологии

Кафедра медицинской психологии и психофизиологии

Выпускная квалификационная работа на тему:
Особенности восприятие образа собственного тела инвалидами по зрению

по специальности 030401 – Клиническая психология.

Специализация: Клиническая психодиагностика, консультирование и психотерапия

Выполнила:
Студентка 6 курса
Очная форма обучения
Татьяна Ярославовна Ковалева
_____ (подпись)

Рецензент:
Начальник отдела по реабилитации и
работе с местными организациями
Надежда Юрьевна Тукилуш

Научный руководитель:
ассистент кафедры медицинской
психологии и психофизиологии
кандидат психологических наук
Петр Крыстиан Тромбчиньски
_____ (подпись)

Санкт-Петербург
2018

Аннотация

Исследовалась связь между показателями отношения к образу своего тела и его влияние на качество жизни людей со зрительными нарушениями и людей, их не имеющих. В исследовании приняли участие 36 человек в возрасте от 23 до 42 лет. Одна половина выборки имела инвалидность по зрению, а другая состояла из лица со зрением, подходящим под критерий нормы. Исследование проводилось с использованием методик, разработанных Т. Ф. Кэшем, направленных на изучение различных компонентов отношения к телу. Таких как: мультимодальный опросник отношения к собственному телу (MBSRQ), шкала состояний образа тела (BISS), опросник влияния образа тела на качество жизни (BIQLI). Кроме них применялась методика Q-сортировка, изучающая самооценку. Предполагалось, что отношение к телесности более важно для людей с ослабленным зрением, но в меньшей степени влияет на их качество жизни, в отличие от лиц, у которых нет нарушений зрения. В ходе исследования было выявлено, что с возрастом у лиц со зрительными нарушениями увеличивается показатель оценки влияния индивидуального образа тела на качество жизни. Кроме того, в этой же выборке наблюдается тенденция значимо больше заботиться о собственной внешности, и аффективная оценка состояний образа своего тела с возрастом у них не снижается из области положительных значений к более нейтральным, в отличии от выборки здоровых.

Abstract

The topic of present research is relationship between indicators of attitude to the image of his body and his influence on the quality of life of people with visual impairments and healthy people. The study involved 36 people aged 23 to 42 years. Half of the sample is visually impaired, the second half of the subjects has a vision, is suitable under the criterion of the norm. The study was carried out using techniques developed by T.F. Cash, aimed at studying the various components of the attitude to the body. Such as: multimodal attitude to own body (MBSRQ), body image state scale (BISS), questionnaire of the influence of the body image on the

quality of life (BIQLI). In addition to them, the Q-sorting method, which studies self-esteem, was used. It was assumed that the attitude to corporality is more important for people with impaired vision, but to a lesser extent affects their quality of life, in contrast to persons who do not have visual impairments. In the course of the study, it was revealed that with age in individuals with visual impairment, the indicator of the impact of the individual body image on the quality of life increases. In addition, in the same sample there is a tendency to take more care of one's own appearance, and the affective assessment of the states of the image of one's body with age does not decrease from the positive to the more neutral, in contrast to the sample of healthy ones.

Содержание

АННОТАЦИЯ.....	2
ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. Восприятие телесности в тифлопсихологии.....	10
1.1 Тифлопсихология: основные положения и история развития.....	10
1.2 Особенности лиц с различными степенями поражения зрительной функции.....	13
1.2.1 Степени поражения зрительной функции.....	13
1.2.2 Возрастные особенности развития лиц со зрительными нарушениями.....	14
1.2.3 Личностные особенности лиц со зрительными нарушениями.....	18
1.2.4 Особенности эмоциональной сферы лиц со зрительными нарушениями.....	21
1.3 Восприятие телесности.....	24
1.3.1 Понятие телесности.....	24
1.3.2 Этапы развития образа тела.....	28
1.3.3 Исследования телесности в тифлопсихологии.....	31
ГЛАВА 2. Материал и методы исследования	35
2.1 Материал исследования.....	35
2.2 Процедура исследования.....	39
2.3 Методы исследования.....	40
2.3.1 Социально-биографическая анкета.....	40
2.3.2 Опросник MBSRQ (мультимодальный опросник отношения к собственному телу).....	41
2.3.3 Шкала состояний образа тела BISS.....	43

2.3.4 Опросник BIQLI (влияние образа тела на качество жизни).....	43
2.3.5 Методика Q-сортировка.....	44
2.4 Математико-статистические методы обработки данных.....	45
ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение	46
3.1 Проверка характера распределения переменных	46
3.2 Результаты изучения образа собственного тела (MBSRQ).....	47
3.3 Результаты анализа аффективных/оценочных переживаний, связанных с собственной внешностью (BISS).....	50
3.4 Результаты анализа влияния образа тела на качество жизни (BIQLI).....	52
3.5 Результаты анализа уровня самооценки инвалидов по зрению и здоровых лиц (Q-сортировка).....	53
3.6 Субъективная оценка собственного тела инвалидами по зрению и у здоровых лиц.....	55
3.7 Обсуждение результатов исследования.....	59
ВЫВОДЫ.....	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	65
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	67
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	76
Приложение А.....	76
Приложение Б.....	82
Приложение В.....	86
Приложение Г.....	90
Приложение Д.....	92

Введение

В России каждый год инвалидность по зрению получают 45 тысяч человек. Зарегистрированных слепых и слабовидящих на 2009 год в стране - 218 тысяч человек, среди них 103 тысячи являются totally слепыми (Медновости, 2009). Всемирная организация здравоохранения предоставляет информацию о том, что во всем мире около 285 миллионов человек страдают от зрительных нарушений, из которых 39 миллионов totally слепые (поражены слепотой) и 246 миллионов имеют сниженное зрение (ВОЗ, 2009).

Согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра на сегодняшний день существует четыре уровня зрительного функционирования: нормальное зрение, умеренное нарушение зрения, тяжелое нарушение зрения и слепота. Кроме того, умеренное нарушение зрения и тяжелое объединяют в такое понятие, как «пониженное зрение». Последнее в свою очередь совместно со слепотой представляют все зрительные нарушения (ВОЗ, 2009).

В исследованиях российских ученых, изучавших инвалидов по зрению доминируют работы, направленные на изучение компенсаторных механизмов, эмоционально-личностной сферы, ощущения и восприятие в целом (Литвак А.Г., 1998). Однако, существует крайне мало работ, изучающих то, как они воспринимают собственное тело, какое у них отношение к нему и другие аспекты телесности (Быкова Е.Б., 2014).

За последние десятилетия усилилось влияние со стороны средств массовой информации, социальных сетей и общества на каноны внешней привлекательности. В современном мире сформировался культ молодости, успешности и физического здоровья, его ключевой показатель — это красивое и здоровое тело. Такой подход усиливает внешнее давление, повышая роль влияния образа тела на восприятие индивидом себя, как в социальном, так и в личностном аспекте (Бодалев А.А., 1995).

В современной психологической науке сформированы различные концепции и теории, раскрывающие как понимание телесности, так и сам

феномен. Ученые активно исследовали вопрос образа тела, как основного понятия телесности и специфику его восприятия (Фрейд З., 1924; Райх В., 1929; Александер Ф., 1950; Бойесен Г., 1977; Лазурский А.Ф., 1912; Выготский Л.С., 1996; Леонтьев А.Н., 1958; Мясищев В.Н., 1960; Кэш Т.Ф., 2004; Рикёр П., 2002).

В отечественной психологии согласно культурно-исторической теории развития психики (Выготский Л.С., 1996), телесность человека рассматривается с позиции представления о норме и патологии. Именно субъективно воспринимаемая значимость тела порождает сложную, реализуемую посредством различных психических функций активность личности по соединению с ним, выявлению и реализации его потенциалов. Таким образом, отношение к своей телесности понимается в данной теории в тесной взаимосвязи с самоактуализацией личности, а уход от своей истинной самореализации и культурного пути развития становится одним из центральных психологических источников нарушения телесных функций и психосоматических расстройств.

Общий подход к пониманию личности как интегративной субстанции социального и индивидуального, обозначенный А.Н. Леонтьевым, нашел свое развитие в работах: Асмолова А.Г. (2002), Братуся Б.С. (1988), Брушлинского А.В. (1994), Василюка Ф.Е. (2003), Давыдова Д.Б. (1960), Зинченко В.П. (1973), Леонтьева Д.А. (2011), Мясищева В.Н. (1960), Петровского А.В. (1982) и Петровского В.А. (2007), Элькониной В.В. (1998) и других отечественных исследователей. Постулируя, целостное понимание человека как организма и личности, В.Н. Мясищев утверждал, что отношения-связи организма и личности характеризуются двойной направленностью, взаимными зависимостями (Сагалакова О.А., 2012).

Ключевой категорией в исследовании проблематики телесности является образ тела (Рикёр П., 2002). Под образом тела понимается «сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных с телесной внешностью и с функциями тела» (Соколова Е.Т., 1989,

с. 22). Именно восприятие образа собственного тела позволяет рассмотреть сложную, многогранную активность человека в адрес собственной телесной сферы, выявить индивидуальные паттерны осознания и обращения с телом, телесные аттитюды, а также предложить психологические «инструменты» развития личности как субъекта телесности.

За последние десятилетия ученые, проводившие нейрофизиологические исследования получили данные о развитии образа тела и дифференциации ментального Я (Линден Д., 2012; Кесслер Д., 2009 и др.), как связующего звена между разумом и телом. Таким образом, изучение образа тела помогает понять процесс становления самосознания и развития личности, закономерности формирования основных структур психики индивида. Отражение в сознании собственного тела является одним из важнейших компонентов для понимания телесности человека.

В концепции образа тела Т.Ф. Кэш (2004), согласно когнитивно-поведенческая парадигме в психологии, образ тела рассматривает как многомерный феномен, который не может ограничиваться узким определением картины собственного тела, сформированной в представлении индивида (Баранская Л.Т., Татаурова С.С., 2009). Именно поэтому в нашем исследовании были подобраны методики разработанные Т.Ф. Кэшем, изучающие отношение к собственному телу, состояние образа тела и влияние образа тела на качество жизни.

Таким образом, значимость восприятия собственного тела оказывает существенное влияние на физическое и психическое здоровье личности, что и определяет актуальность предмета исследования. Недостаточная изученность специфики телесного восприятия у слепых и слабовидящих послужило основанием выбора темы данного дипломного исследования.

Целью исследования является изучение особенностей восприятия образа тела инвалидами по зрению.

Исходя из поставленной цели, были сформулированы следующие **задачи** исследования:

1. Осуществить сравнительный анализ отношения к своей телесности у инвалидов по зрению и у зрячих.
2. Осуществить сравнительный анализ особенностей восприятия собственного тела инвалидами по зрению и у зрячих.
3. Изучить взаимосвязь отношения к своей телесности (восприятие образа тела) и качества жизни у инвалидов по зрению и у зрячих.

Была выдвинута **гипотеза** исследования - отношение к своей телесности имеет большее значение для инвалидов по зрению, чем для зрячих, но в меньшей степени влияет на их качество жизни в отличие от испытуемых, не имеющих зрительных нарушений.

Объектом исследования являются особенности восприятия образа собственного тела инвалидов по зрению.

Предметом исследования являются образ собственного тела, состояние образа тела, влияние образа тела на качество жизни и самооценка.

В качестве методов исследования были выбран следующий диагностический инструментарий: Опросник MBSRQ (Thomas F. Cash); шкала состояний образа тела BISS (Thomas F. Cash); опросник BIQLI (Thomas F. Cash); методика Q-сортировка (S. Krauss); авторская социально-биографическая анкета (Баранская Л.Т., Татаурова С.С., 2009).

Практическая значимость исследования состоит в возможности использования результатов в организации и проведении психологической поддержки и психологического сопровождения (в частности, в психологическом консультировании, в проведении психологической тренинговой деятельности) данной категории лиц, с учетом восприятия телесности и отношения индивида к своему телу, а также при разработке спецкурсов по тифлопсихологии.

Глава 1. Восприятие телесности в тифлопсихологии

1.1 Тифлопсихология: основные положения и история развития

Нарушение зрительных функций в большинстве своем несет психологическую депривацию (отклонения в психическом развитии), при которых человек длительное время не может удовлетворить основные психические потребности (познавательные, эстетические, функциональные), что оказывает влияние на социальные связи, качество интеграции в общество, процесс самореализации и более полную реализацию общественных ролей.

Исключение зрения влечет за собой искажение познавательной сферы, что крайне негативно влияет на психическое развитие личности в целом. Отклонение зрительного восприятия приводит к специфическим особенностям в физическом развитии: сложности в пространственной ориентации, ограниченность в передвижении. Что довольно часто приводит к малоподвижному образу жизни, и как следствие мышечная слабость, деформации скелета и гипофункции (ослабление деятельности) внутренних органов.

Психологической наукой, изучающей индивидов с различными зрительными нарушениями, является тифлопсихология. Тифлопсихология (от греческого τυφλος – слепой) – это раздел специальной психологии, который изучает психическое развитие слепых и слабовидящих, а также, способы его коррекции. В качестве объекта исследования в тифлопсихологии выступают индивиды с нарушением зрительных функций в диапазоне остроты зрения от 0 (абсолютная слепота) до 0,2 (верхняя граница слабовидения), а также индивиды с резко суженным полем зрения (до 10°). Предметом тифлопсихологии является психика индивидов, имеющих нарушения зрения (слепых и слабовидящих).

Писатели и философы древних времен исследовали вопросы психической составляющей жизни слепых (Аристотель, Сократ, Пифагор и др.), но лишь Д. Дидро (в «Письма о слепых в назидание зрячим» 1749) (Феоктистова В.А., 1987) спустя столетия дал материалистическую характеристику психической

деятельности у людей с нарушением зрения. Он пришел к выводу, что в процессе накопления опыта, при благоприятных условиях, нарушения зрения не представляют собой непреодолимого препятствия. Активная деятельность Д. Дидро привела к тому, что общественность обратила внимание на проблемы слепых и возможные способы улучшения их жизни.

Люди с нарушениями зрения получили более широкую возможность в социализации через удовлетворение познавательных потребностей благодаря систематическому обучению. Так, с 1784г. по 1882г. в Париже, Ливерпуле, Лондоне, Берлине, Санкт-Петербурге и в Москве были открыты учебные заведения для слепых. Это привело к тому, что уже к концу 19 века (80-х годах) данная тенденция распространилась по всему миру и было открыто около 150 подобных заведений (Литвак А.Г., 1998).

В конце 19 - начала 20 века в Европе ключевой научной парадигмой была концепция идеализма. В тифлопсихологии идеалистическое направление нашло отражение в следующих утверждениях: отсутствие зрения не влияет на духовный рост и развитие, ограниченное количество внешних воздействий способствует сосредоточению слепых на их внутреннем мире (Литвак А.Г., 1998). В 70-х годах 19 века стали активно проводиться исследования психики слепых. Однако, они имели особую специфичность так, как исследователями были слепые. Изучение осуществлялось исключительно при помощи интроспекции, что ставит под вопрос научную составляющую и достоверность полученных наблюдений.

Новые возможности в изучении тифлопсихологии были открыты в середине 80-х годов 19 века при помощи экспериментальных методов. В этот период были получены свидетельства об особенностях развития некоторых областей психики (представления, ощущения и восприятие) при нарушении зрения. Благодаря актуальности этих исследований, тифлопсихология была выделена как самостоятельная отрасль психологии.

Важное значение в истории развития тифлопсихологии имело возникновение такого направления, как рефлексология (1920-х годах). Это

направление рассматривало любую психическую реакцию, как цепочку (взаимосвязь) между раздражителем и ответом на него. Что послужило основой для разработки специализированных методик обучения для слепых. Они опирались на механистическое научение адекватному реагированию (Литвак А.Г., 1998). Это помогло отечественной психологии преодолеть методологический кризис.

В середине 30-ых годов 20 века Л.С. Выготским было выдвинуто положение о расхождении культурного и биологического в развитии слепых. Ученый считал, что дефект вызывает отклонение от нормального биологического типа, однако это может быть компенсировано использованием обходных путей в процессе обучения и воспитания. Так, было сформулировано представление о ведущей роли социальных факторов для коррекции аномального развития (Ярошевский М.Г., 1996).

С 1956 года начались попытки создания единой теории в тифлопсихологии. М.И. Земцова в своей монографии «Пути компенсации слепоты» обобщила и систематизировала все, имеющиеся на тот момент, теоретические и практические знания (Земцова М.И., 1956). С этого периода в тифлопсихологической науке расширяется объект изучения - слабовидящие и частично зрячие, а не только тотально слепые. Проводимые исследования все чаще основываются на персонифицированном подходе, затрагивая изучение личности слепых, в частности эмоционально-волевой сферы. (Солнцева Л.И., 2000; Литвак А.Г., 1998; Матвеев В.Ф., 1987).

В этом разделе были рассмотрены основные положения и история развития тифлопсихологии как науки за рубежом и в отечественных исследованиях. На сегодняшний день в данной научной области объектом изучения являются лица со зрительными дефектами, слабовидящие и тотально слепые. Современные ученые отмечают, что слепота и слабовидение нарушают эффективное взаимодействие в системе «организм – среда», это проявляется как особенность в развитии и проявлении психики.

1.2 Особенности лиц с различными степенями поражения зрительной функции

1.2.1 Степени поражения зрительной функции

При изучении психологических особенностей у лиц, имеющих поражение зрительных функций, представляется крайне важным рассмотрение глубины и времени возникновения дефекта. Для получения инвалидности по зрению основными критериями являются измерения остроты и поля зрения.

Под остротой зрения, подразумевается способность глаза видеть раздельно две светящиеся точки при минимальном расстоянии между ними. В Российской Федерации острота зрения обозначается долями единицы (1.0 — нормальное зрение, далее 0,9; 0,8, и т. д.) и определяется по количеству строк, которые человек видит по «таблице Сивцева» или «таблице Головина» с заданного расстояния, по отдельности для обоих глаз (Барановский В.А., 2009).

В зависимости от степени снижения остроты зрения, на лучше видящем глазу, при использовании обычных средств коррекции (очки) выделяются: слепые - острота зрения от 0 до 0,04 включительно (первая группа инвалидности); слабовидящие - острота зрения от 0,05 до 0,2 (вторая и иногда третья группа инвалидности, в зависимости от определенных факторов). Среди лиц, относящихся к категории слепых, принято выделять: абсолютно или тотально слепых; частично или парциально слепых, имеющих либо светоощущение (способность различать свет и тьму), либо форменное зрение (возможность различения форм, выделения фигуры из фона), острота которого варьируется от 0,005 до 0,04.

Другим важнейшим условием нормального видения является поле зрения, то есть пространство, все точки, которого видны одновременно при неподвижном взгляде. Обычно резким снижениям остроты зрения сопутствует нарушение поля зрения, однако и самостоятельные серьезные нарушения поля зрения ведут к слепоте и слабовидению (Литвак А.Г., 1998).

Существенное значение для развития психики имеет время наступления слепоты. По нему слепых дифференцируют на две группы: слепорожденные и ослепшие. К первой группе относятся лица, потерявшие зрение до становления речи, то есть приблизительно до трех лет, ко второй - ослепших в последующие периоды жизни и сохранивших в той или иной мере зрительные образы памяти. Соответственно, чем позже нарушаются зрительные функции, тем меньшим будет влияние аномального фактора на развитие психики. Так же, с возрастом изменяются и ограничиваются пластичность и динамичность центральной нервной системы, возможности компенсаторного приспособления (Литвак А.Г., 1998).

Таким образом, степень поражения зрительных функций характеризуется тремя основными параметрами: острота, поле зрения (слепые и слабовидящие), период наступления поражения зрительных функций (слепорожденные и ослепшие). Влияние аномального фактора на развитие психики минимизируются, чем позже нарушаются зрительные функции.

1.2.2 Возрастные особенности развития лиц со зрительными нарушениями

Ключевым критерием при описании психологических особенностей тотально слепых и слабовидящих является возраст потери зрения. Выделяют три основных варианта времени возникновения дефекта: врожденный; рано приобретенный; возникший в зрелом возрасте.

В исследованиях нарушений поведения у детей с врожденными или приобретенными в раннем возрасте зрительными дефектами наблюдается отклонения в психическом развитии, которое обусловлено социально-эмоциональной депривацией и искажением познавательной сферы. Зрительная депривация может быть в значительной мере компенсирована при адекватном воспитании, а неправильное воспитание оказывает дополнительное негативное воздействие (Литвак А.Г., 1985).

Нарушение зрительных функций в первую очередь проявляется в активности, которая служит фундаментальным свойством отражательной

деятельности человека. В период преддошкольного и дошкольного возраста прослеживается более яркое снижение активности, Л.И. Солнцева, характеризуя данную особенность детей с глубоким нарушением функций зрения, выделила четыре стадии компенсации слепоты (Солнцева Л.И., 2000).

Первая стадия развития – это комплексное двигательнo-кинестетическое восприятие, осязание, слух. На этой стадии ребенок научается активно реагировать на комплексы раздражителей внешнего мира и своевременно подготавливаться к важным жизненным актам. Ведущим становится образование связи «предмет — звук», на развитие которого зрение не оказывает прямого влияния. Также независимо от последнего формируется моторная сфера ребёнка. Благодаря чему, мы можем утверждать о том, что происходит синхронное развитие сенсомоторной деятельности слепого и зрячего ребенка. С формированием умения выделения и дифференцирования звуковых признаков предметов окружающего мира связан переход ребёнка на вторую стадию компенсации слепоты, он происходит в 5-6 месяцев (у здорового ребенка в 3-4 месяца).

Стоит отметить, что двигательная сфера слепых и слабовидящих детей наиболее подвержена дефекту, при зрительных нарушениях ориентировочно-поисковая деятельность осложняется. Более замедленное развитие слепого ребенка связано со скудным запасом представлений, ограниченностью освоения пространства, недостаточной упражняемостью двигательной сферы и гораздо меньшей активностью при познании окружающего мира в сравнении со зрячими детьми.

Вторая стадия – это развитие и дифференцирование восприятий различных модальностей, поступающих от всех сохранившихся анализаторов. До трёхлетнего возраста ребенок со зрительными нарушениями научается соотносить дифференцированные восприятия с предметами внешнего мира и начинает использовать их в своей деятельности. В этот период происходит увеличение разрыва в развитии между слепым и зрячим ребенком, за счет более медленного формирования сенсомоторных эталонов у первого. А

отсутствие зрительного контроля, только усиливает этот разрыв и приводит к замедленному формированию двигательной сферы, его локомоций и мелких движений рук, что сказывается на ориентировке в пространстве и отражается на уровне предметной деятельности.

Компенсация осуществляется за счёт развития слухового восприятия и речи, которая динамично развивается в этот период. Активное познание внешнего мира стимулируется эмпатийным общением между взрослым и ребенком, так ребенок получает «обратную связь» и эмоциональный отклик. Переход к следующей компенсаторной стадии осуществляется за счет выделения отдельных признаков предметов, узнавания и соотношения их со словесным обозначением и сохранения их в памяти.

Третья стадия – это сенсорное развитие, использование предметных предэталонов. Расширяется словарный запас и происходит установление связи с предметным миром, закрепление в памяти образов и представлений. Благодаря этому в жизни ребенка появляется игра, способность оперировать образами в воображаемой ситуации, представлять предметы в их отсутствии. Формируется наглядно-образное мышление, которое способствует переходу ребёнка со зрительными нарушениями к четвёртой стадии компенсации слепоты. Все эти новообразования происходят в период дошкольного возраста.

Четвёртая стадия – это активное включение речи, памяти и мышления (в наглядно-практической, наглядно-образной и понятийной формах). На этой стадии (старший дошкольный возраст) ребенок начинает использовать специфические способы решения сенсорных задач. Научается соотносить воспринимаемые объекты с образами прошлого опыта, подчинять свои действия плану. Это становится основой системы компенсации слепого ребенка и позволяет ему создать целостное представление об окружающем мире (Солнцева Л.И., 1978).

Уже к школьному периоду ребенок хорошо осознает, что он отличается от других. В следствии чего, проявляется патологическое фантазирование, подозрительность в отношениях с посторонними людьми. Наряду с этим, проявляется застенчивость, ранимость, желание уединения; что влечет за собой ухода в себя, снижение активности и инициативности, ребенок становится необщительным.

В подростковом возрасте у данной категории детей развитие протекает по тормозному типу, наблюдается повышенная тревожность, неуверенность в себе, замкнутость. Однако, могут возникать кардинально противоположные варианты развития. Речь идет о проявлении в поведении гиперкомпенсации, которая характеризуется эгоцентричностью, игнорированием имеющегося дефекта, агрессивного и раздражительного поведения при общении с другими людьми. Тогда развитие протекает по возбудительному типу, тем не менее, встречаются и смешанные типы развития (Матвеев В.Ф., 1987).

В период взросления индивиды, с врожденными или рано приобретенные зрительные нарушениями, уже имеют сформировавшиеся личностные особенности. Это могут быть, как здоровые психические состояния, развитые на основе адекватного воспитания, обучения и развития, так и патологические черты, которые могут возникнуть в ходе сложного протекания семейного воспитания и социализации.

Следует отдельно рассматривать случаи, когда слепота или слабовидение приобретается во взрослом возрасте. И, к моменту возникновения зрительного дефекта, личность человека уже представляется сформированной, а последующие реакции, возникающие на приобретенный дефект, могут иметь существенные различия от человека с врожденной слепотой.

Таким образом, искажение зрительных функций, в период детства, довольно часто, приводит к отклонениям в психическом развитии, которые возникают в следствии сенсорной недостаточности и неблагоприятных условиях воспитания и развития. В подростковый период и период взрослости

искажение зрительных функций может обуславливать низкий уровень общительности, неадекватность самооценки и затруднение социальной адаптации. Изучение личности с приобретенной слепотой и слабовидением не может полностью совпадать с изучением личности с врожденными дефектами.

1.2.3 Личностные особенности лиц со зрительными нарушениями

В тифлопсихологической науке наблюдалась неоднозначная трактовка понятия личности и характеристик личности слепых: от отрицательных черт характера, негативных привычек, сниженных духовных ценностей до способностей к более глубокому самопознанию и самосовершенствованию (Малиновская Н. Д., 2001). На формирование личности индивида со зрительными нарушениями могут в равной степени воздействовать: наследственность, социальная обстановка и потребность в самореализация (Крогиус А.А., 1926).

В.Ф. Матвеев выделяет три вида семейного воспитания, которые оказывают неблагоприятное влияние на слепых и слабовидящих детей (Матвеев В.Ф., 1987): гиперопека – стиль воспитания, при котором ребенка ограждают от трудностей, что приводит к снижению инициативности и самостоятельности, изоляция от ровесников; «кумир семьи» – ребенку уделяется повышенное внимание, транслируется идея о его особенностях и одаренности, в следствии чего, происходит изоляция от сверстников и формирование завышенной самооценки; гипоопека и безнадзорность – жестокое отношение, равнодушие к потребностям и нуждам ребенка, указывание на его неполноценность.

Каждый из видов неблагоприятного семейного воспитания детей с нарушениями функций зрения приводит к постепенной выработке характерологических защит ребенка. Со временем они закрепляются и могут проявляться, как патологические паттерны характера, что нарушает гармоничное целостное развитие личности. В период дезадаптации в дошкольном и школьном возрасте у слабовидящих и слепых детей происходит процесс формирования таких психологических проявлений, как: фобии, страх

одинокости, недоверие и настороженность по отношению к окружающим, различные стереотипы (Матвеев В.Ф., 1987).

В настоящее время в тифлопсихологическом сообществе, нет единого взгляда относительно специфических личностных особенностей слепых и слабовидящих: одни считают, что личность слепых и слабовидящих существенно отличается от личности зрячего человека, другие - утверждают об отсутствии существенных различий. Так, D.H. Warren (1984) исследовал выраженность экстраверсии у людей со зрительными нарушениями и у зрячих. Им были получены следующие результаты: у молодых людей со зрительными дефектами был ярко выражен уровень тревожности и неуверенности в себе по сравнению со зрячими сверстниками; мужчины со зрительным дефектом показали более высокий уровень экстраверсии, чем женщины; у женщин нейротизм оказался выше, чем у мужчин, а статистически значимой разницы между слепыми и слабовидящими обнаружено не было.

Исследователи W. Klinkosz и A. Sekowski (2006) выявили, что у женщин со зрительными нарушениями нейротизм менее выражен, но высокие показатели экстраверсия, сознательность, открытость опыту и сотрудничество, по сравнению со зрячими женщинами; у мужчин по всем шкалам отмечались более низкие показатели, чем у женщины. Показатели мужчин, со зрительными нарушениями, были выше нежели у зрячих мужчин. При этом, экстраверсия была более выражена у слепых обоих полов по сравнению со слабовидящими и зрячими.

В 2013 году было проведено сравнительное исследование личностных черт у трех групп лиц: слепых, слабовидящих и зрячих (Papadopoulos K.S., Eleni K., 2013). Были получены следующие результаты: у взрослых в возрасте от 19 до 54 лет не было выявлено значимых различий между тремя группами по трем основным шкалам (экстраверсия, нейротизм и психотизм). Эти результаты являются основой для подтверждения гипотезы об отсутствии различий между людьми со сниженным зрением и здоровыми людьми.

Исследования в области креативности личности, среди слепых и слабовидящих, часто, имеют неоднозначный характер. В работах W. Klinkosz, A. Sekowski, M. Brambring (2006) с применением пятифакторного личностного опросника, у слепых показатели оказались более высокими по шкале открытости опыту, которая в различных вариациях опросника неизменно включает креативность личности, любознательность, артистичность и т.п. Исходя из того, что таких исследований проводилось крайне мало и единого мнения на этот счет нет, представляется актуальным дальнейшее изучение этой области.

Характеризуя личностные особенности инвалидов по зрению, важно осветить способы совладания со стрессовыми и трудными эмоциональными ситуациями. В 2016 году проводилось исследование, в котором изучались копинг-стратегии у женщин с приобретенным зрительным дефектом. Были выявлены такие эффективные копинг-стратегии, как позитивное отношение к дефекту, обучение новым необходимым навыкам в повседневной жизни и формирование привычки пользоваться вспомогательными средствами для незрячих, для повышения адаптации к зрительным заболеваниям (Stevellink S.A.M., Fear N.T., 2016).

Таким образом, на формирование личности индивида со зрительными нарушениями в равной степени оказывают воздействие социальное окружение и обстановка, направленность личности и тенденция к эффективной самореализации. Современные исследователи не пришли к единому пониманию характерных личностных особенностей у лиц со зрительными дефектами, многие из них не нашли существенных различий между слепыми и зрячими. Безусловно, нарушение зрительных функций имеет ограничивающее воздействие на развитие личности человека, но в тоже время это способствует расширению круга личностных особенностей.

1.2.4 Особенности эмоциональной сферы лиц со зрительными нарушениями

При изучении телесности невозможно не упомянуть об особенностях эмоциональной сферы лиц со зрительными нарушениями. Слепые и слабовидящие имеют тот же спектр эмоций и чувств, что и зрячие (Выготский Л.С., 1996; Малиновская Н.Д., 2001). Конечно, область чувственного познания у незрячих снижена, однако слепота не сказывается на спектре и качестве эмоций. Уже отмечалось, что в силу неблагоприятного воспитания и отношений с окружающими могут возникать эмоциональные нарушения. Среди современных авторов, занимающихся изучением тифлопсихологической науки, существует мнение о том, что негативное влияние дефектов зрения на эмоциональную сферу может быть существенно снижено за счет компенсаторных процессов, таких как адекватное воспитание и специализированное обучение детей, имеющих зрительные нарушения (Солнцева Л.И., 1997).

Существует мнение, что слепота воздействует на изменения в эмоциональном состоянии, которые могут проявляться в астеническом настроении, тоске, грусти, повышенной раздражительности, аффективности (Гудонис В. П., 1996). Слепые и слабовидящие демонстрируют сниженный интерес и менее выраженные эмоциональные реакции по отношению к окружающим объектам из-за ограничений восприятия и невозможности оценить объекты, в силу ориентированности на зрительный анализатор. А.Г. Литвак утверждает, что «слепота, ограничивая возможности накопления чувственного опыта и изменяя характер и динамику потребностей, влечет за собой сужение сферы эмоциональной жизни, некоторые изменения в эмоциональном отношении к определенным (труднопознаваемым) сторонам действительности, не изменяя в целом сущности эмоций» (Литвак А.Г., 1985 с. 202).

Обозначим общие направления эмоциональных нарушений слепых и слабовидящих в сравнении со зрячими. В процессе развития детей со

зрительными нарушениями в возрасте 4-5 лет происходит осознание своих отличительных особенностей от зрячих сверстников. Это осознание имеет особый характер, влияющий на переживание своего дефекта. Оно является стрессогенным фактором из-за понимания того, что круг возможностей в выборе рода деятельности в том числе и игровой более сужен.

В исследованиях эмоционального состояния 12-летних незрячих и зрячих детей П. Хастингс пришел к выводу, что первые более ранимы в отношении своей самооценки. Было отмечено, что слабовидящие дети более эмоциональны и тревожны, чем слепые. А детям из школ-интернатов свойственна большая неуверенность в себе по сравнению с детьми из семей. Последние, еще раз обращает наше внимание на значимость и значение условий воспитания, социального окружения для адекватного развития детей с дефектами зрения (Лубовский В.И., 2005).

В исследованиях Н.С. Царик отмечалось, что слепым детям свойственен страх неизвестных пространств и объектов. Так, как они часто сталкиваются с подобными страхами, представляется целесообразным поощрение потребностей ребенка в познавательной деятельности со стороны родителей, помощь в передвижении и освоении пространства может помочь снизить этот вид страха (Солнцева Л.И., 2006).

В 2011 году проводились исследования N. Bolat и X. Zhang (2011) посвященные изучению подростков с врожденной слепотой. В этом и других современных исследованиях, отмечается наличие характерной повышенной тревожности с добавлением депрессивной симптоматики у слепых и слабовидящих. К тому же, был выявлен сходный уровень самооценки и депрессии у незрячих и зрячих подростков, тем ни менее подростки со зрительными дефектами отличались более высоким уровнем тревожности (Zhang X., Bullard K.M., 2013). Еще одним существенным фактором, который более ярко проявляется с взрослением есть выбор партнера для дружеских отношений и создания семьи. Это способствует возникновению тяжелых эмоциональных состояний. Приобретенная слепота у взрослых или

значительные ухудшения зрения во взрослом возрасте приводят к стрессовым состояниям, снижению самооценки и уровня притязаний, в следствии, чего может развиваться депрессивная симптоматика (Солнцева Л.И., 2006).

В США в 2014 году проводилось исследование на выборке взрослых 20-39 лет, которое показало отсутствие взаимосвязи между паническим и депрессивным расстройством, сниженным зрением, в то время как тревожные расстройства были характерны для исследуемой выборки (Loprinzi P.D., Codey K., 2014). Особого внимания заслуживают исследования, проводимые на взрослой выборке испытуемых, имеющих сниженное зрение, изучались эмоциональные нарушения. Особую выраженность имели тревожно-депрессивные расстройства среди пожилых людей со зрительными дефектами, а в особенности депрессии.

В Нидерландских исследованиях 2015 года, изучались тревожные расстройства и депрессии у пожилых инвалидов по зрению. Это исследование показало, что распространенность депрессивного расстройства, тревожных расстройств, подпороговой депрессии и тревожности были значительно выше среди взрослых с ослабленным зрением, чем среди их зрячих ровесников. Наиболее распространенными тревожными расстройствами оказались агорафобия и социальная фобия (Hilde P.A., Hannie C., 2015). Похожие результаты имеют и другие работы проводимые в последние несколько лет (Hayman K.J., Kerse N.M., 2007; Kempen G.I., Zijlstra G.A., 2014).

Характеризуя эмоциональные особенности людей с дефектами зрения В.И. Лубовский и Т.В. Розанова (2005) отмечают часто сниженный хон настроения. Вместе с этим незрячие могут производить впечатление как менее эмоциональные, отстраненные и спокойные людей. Это связано с обедненной мимикой, менее выразительными позами и жестами в сравнении со зрячими. Свою эмоциональность слепые и слабовидящие, как правило, проявляют через речь. Она является более интонационно выразительной, проявляется в различном темпе и громкости. В этой связи, они сами более чувствительны к голосовым изменениям, что было выявлено в исследованиях, направленных

на понимание незрячими людьми эмоционального состояния собеседников по их речи.

Подводя итоги, можно сказать, что несмотря на сходные со зрячими эмоциональные особенности, люди со зрительными нарушениями, часто характеризуются сниженным фоном настроения, склонностью к развитию тревожных и депрессивных расстройств, в том числе социальной фобии, они проявляют эмоциональность по средствам речи. Компенсаторные механизмы достаточно обширны для адаптации слепых и слабовидящих, в свою очередь адекватное воспитание и обучение способны уменьшить эмоциональные трудности и предотвратить возникновение психических расстройств. Тем не менее, склонность лиц с дефектами зрения к развитию эмоциональных нарушений подтверждена многими исследованиями, и является актуальной для дальнейшего изучения.

1.3 Восприятие телесности

1.3.1 Понятие телесности

В начале двадцатого века учеными активно предпринимались попытки определения и исследования телесности и образа тела (Шильдер П., 1999; Фрейд З., 1924; Лазурский А. Ф., 1912; Райх В., 1929; Эриксон Э., 1996; Пиаже Ж., 1966). Их внимание было сконцентрировано на клиническом изучении невропатологических проявлений в восприятии тела (феномен фантомной конечности) (Баранская Л.Т., Татаурова С.С., 2009). Первым ученым, который стал изучать образ тела, с точки зрения биопсихологии, стал П. Шильдер. Благодаря ему, образ тела был раскрыт, как многомерный феномен, формирующийся в сознании и обозначающий его, как картину собственного тела («Образ и внешний вид тела человека» 1935г). Он выявил целостность восприятия телесности и определил его как образ тела. Именно им было введено научное понятие «образ тела». Так, образ тела, согласно П. Шильдеру – это внутреннее представление образа себя (модель тела), который есть у каждого индивида; что отражает его структурную организацию и выполняет следующие функции: определение

границ тела, восприятие расположения, диапазон подвижности, а также формирование знаний о нем (Гурфинкель В.С., Левик Ю.С., 1991). Данная структурная организация формируется благодаря температурной, болевой и тактильной чувствительности, ощущениям, и при помощи зрения (мы видим поверхность тела). Образ тела включает в себя образы, сосредоточенные на телесном опыте и все сенсорные модальности.

На сегодняшний день сформированы различные концепции и теории, раскрывающие как понимание телесности, так и сам феномен. Ученые активно исследовали вопрос образа тела, как основного понятия категории телесности и специфику его восприятия (Фрейд З., 1924; Райх В., 1929; Александер Ф., 1950; Бойесен Г., 1977; Лазурский А.Ф., 1912; Выготский Л.С., 1996; Леонтьев А.Н., 1958; Мясищев В.Н., 1960; Кэш Т.Ф., 2004; Рикёр П., 2002).

В отечественной психологии Л.С. Выготским (1996) была разработана культурно-историческая теория развития психики, которая осветила представления телесного развития человека в норме и патологии. Исходя из этой теории, тело человека, а также все с чем он сталкивается, преподносится в культурно преобразованном виде, то есть является заключенной в одну культурно детерминированную и историческую перспективу. Именно субъективно воспринимаемая значимость тела порождает сложную, реализуемую посредством различных психических функций активность личности по соединению с ним, выявлению и реализации его потенциалов. Таким образом, отношение к своей телесности понимается в данной теории в тесной взаимосвязи с самоактуализацией личности, а уход от своей истинной самореализации и культурного пути развития становится одним из центральных психологических источников нарушения телесных функций и психосоматических расстройств.

Общий подход к пониманию личности как интегративной субстанции социального и индивидуального, обозначенный А.Н. Леонтьевым, нашел свое развитие в работах: А.Г. Асмолова (2002), Б.С. Братуся (1977), А.В. Брушлинского (1994), Ф.Е. Василюка (2003), Д.Б. Давыдова (1960), В.П.

Зинченко (1997), Д.А. Леонтьева (2011), В.Н. Мясищева (1960), А.В. Петровского и В.А. Петровского (1996), В.В. Эльконина (1998) и других отечественных исследователей. Так, постулируя целостное понимание человека как организма и личности, В.Н. Мясищев утверждал, что отношения-связи организма и личности характеризуются двойной направленностью, взаимными зависимостями (Тхостов А.Ш., 2007). Под влиянием социума, восприятие собственного тела раскрывается как социальная составляющая понятия образ тела. Значимость восприятия собственного тела и его границ оказывает существенное влияние на физическое и психическое здоровье личности, что и определяет актуальность объекта исследования.

Когнитивно-поведенческая парадигма психологии объясняет процессы социального научения и когнитивного опосредования поведения и эмоций. Представитель данной парадигмы Т.Ф. Кэш (2004), в своей концепции образа тела, рассматривает образ тела как многомерный феномен, который не может ограничиваться узким определением картины собственного тела, сформированной в представлении индивида.

Важно отметить, что телесность — это сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных с внешностью и функциями тела (Шонц Р., 1981). Характеризуя данный феномен, Е.Б. Станковская (2011) обосновывает телесность как предмет отношения, который представляет собой единство биологического (витального), психического и культурного. Именно тело и телесные репрезентации представляют собой важный компонент целостного понимания индивидом самого себе — Я-концепция, которая является одной из ключевых составляющих самосознания.

Я-концепция или образ-Я — это устойчивая система представлений индивида о самом себе, рефлексивная часть личности. Она внутренне не противоречива, в большей или меньшей степени осознана. Так, телесное Я определяется, как «центральная функция Я, отражающая психическое

представительство собственного тела и являющаяся в этой связи исходной точкой для развития Я».

Телесное Я, согласно Е.Т. Соколовой, представлено эмоциональным, когнитивным и функциональным компонентом. Эмоциональный компонент включает в себя образ тела, а именно восприятие, установки, оценки, представления, связанные с телесной внешностью и с функциями тела. Когнитивный компонент проявляется как концепция тела. Р. Шонц (1981) предлагает понимать под «концепцией тела» один из уровней «образа тела», включающий формальные, общепринятые знания о теле, как организме, которые могут быть выражены при помощи известных символов (Соколова Е.Т., 1989, с.22). Все части тела, их функции и взаимодействия, изученные человеком, обозначенные в соответствующих понятиях и пределах нормы и патологии. Подобное рациональное осознание тела позволяет человеку поддерживать здоровье, распознавать и бороться с болезнями (Уляева Л.Г., 1998).

Функциональный компонент рассматривается, как схема тела. Он обеспечивает регуляцию положения частей тела, контроль и коррекцию двигательного акта в зависимости от внешних условий. В медицине, психофизиологии и клинической психологии понятие «схема тела» рассматривается как конструируемая мозгом модель тела, отражающая его структурную организацию и представленная в соответствующих сенсорно-моторных зонах мозговой коры. Физиологическую основу схемы тела составляет функциональная система нейронов коры головного мозга, интегрирующая поток чувствительных импульсов от собственного тела и его частей.

За последние десятилетия ученые, проводившие нейрофизиологические исследования получили данные о развитии образа тела и дифференциации ментального Я, как связующего звена между разумом и телом. Таким образом, изучение образа тела помогает понять процесс

становления самосознания и развития личности, закономерности формирования основных структур психики индивида. Отражение в сознании собственного тела является одним из важнейших компонентов для понимания телесности человека.

В данной работе телесность понимается, как сложное комплексное единство биологического, психического и культурного, связанных с телесной внешностью и функциями тела. В тоже время, под образ тела будет рассматриваться интегрированное психологическое образование, состоящее из представлений и ощущений как о теле, так и о телесности (эмоциональное восприятие и представление, связанное с телесной внешностью и функциями тела, схема тела и концепция тела).

1.3.2 Этапы развития образа тела

Процесс формирования образа тела является динамическим, образ тела претерпевает трансформацию на протяжении всей жизни личности. Так, П. Шильдер рассматривает образ тела как нечто, находящееся в состоянии постоянного развития или изменения.

В свою очередь П. Бернштейн предложила идею о том, что формирование образа тела осуществляется благодаря последовательной смене ступеней развития, параллельно которым формируется образ-Я. Исходя из этой концепции на каждой из ступеней развития есть серия двигательных задач, которые соответствуют задачам психологического развития. Выстраивание очередности задач происходит за счет опыта и овладения предшествующими задачами. Несмотря на то, что эти темы продолжают свое существование и на протяжении последующих лет.

Характеризуя стадии развития телесного Я от рождения до 15-18 месяцев Л.Т. Баранская рассматривает следующие этапы развития:

- раннее психическое восприятие тела;
- определение внешних границ тела и различение внутренних телесных состояний;

- идентификация и объединение телесного Я в качестве основы самосознания (Баранская Л.Т., Татаурова С.С., 2009).

Первый этап - раннее психическое восприятие тела. Центральным элементом развития этой стадии является проприоцепция (мышечное чувство — ощущение положения частей собственного тела относительно друг друга и в пространстве). При помощи тактильных ощущений младенец выделяет свое тело из окружения. Руки матери выступают в качестве очерчивающих границ поверхности тела и формируют чувство внешней границы тела.

Второй этап - определение внешних границ тела и различение внутренних телесных состояний. Именно на этом этапе происходит формирование телесного Я. Начиная с младенчества и до двух лет внешние телесные границы становятся все более отчетливыми и формируется дифференцирование внешнего и внутреннего. Так при помощи телесных границ ребенок начинает различать себя и других.

Третий этап - идентификация и объединение телесного Я в качестве основы самосознания. На этом этапе в возрасте 15-18 месяцев ребенок начинает узнавать себя в зеркале, именно, тогда происходит начало процесса дифференциации и эмансипации. При нормальном протекании процесса развития ребенка его ощущения, образы внутреннего тела и внешней поверхности интегрируются, что приводит к формированию устойчивой и гармоничной репрезентации собственного тела. Так, происходит процесс осознания своей уникальности и эффективности, в тоже время осознание не идентичности внутреннего и внешнего мира. Описанный выше процесс начинается с внимательного отношения матери к сенсорным и моторным потребностям ребенка, происходит формирования восприятия собственного тела, представляющего основу для целостного развития психики. Так как сенсомоторное взаимодействие матери с ребенком, происходит значительно раньше, чем этап развития речи. Через сенсомоторное взаимодействие значимого взрослого с ребенком обеспечивается физическое и

психологическое удовлетворение всех основных потребностей, что дает ощущение безопасности, надежности и защищённости.

Эмпатический отклик матери на телесные потребности ребенка дает ощущение комфортного нахождения в собственном теле, единство тела и разума, развивает связанность структурных компонентов образа тела (эмоциональное восприятие и представление, связанное с телесной внешностью и функциями тела, схема тела и концепция тела). В процессе дальнейшего развития у ребенка формируется умение ощущать внутренние состояния, эмоциональные переживания и выражать их.

На более поздних этапах ребенок начинает сравнивать себя с близкими и обнаруживать различия. На данном этапе мы можем говорить о том, что образ тела является центральной функцией, отражающей психическое представление собственного тела и начальной точкой для развития Я. При помощи восприятия, исследования границ собственного тела и его функций происходит разделение Я от не – Я, как внутри, так и во вне.

При последовательной иерархии развития происходит дальнейшее формирование образа тела, задействуются интеллектуальные механизмы, что приводит к переходу от стадии образов к вербализации, к образованию механизмов соподчиненных абстракций и умозаключений, регулирующих функционирование индивида. Именно образ тела является собирательным компонентом представлений, смыслов и образов, придаваемых телу. Это важный компонент образа Я и основа саморепрезентации.

К семи годам ребенок начинает осознавать собственную индивидуальность, в том числе понимать особенности телесных нарушений. В процессе развития эта способность помогает ему рефлексировать собственный опыт и поведение, понимать чувства, интересы, других людей, что приводит к интеграции телесного Я. Так, он научается регулировать аффекты, напряжение, импульсы и осуществлять самоконтроль.

П. Бернштейн представила этапы развития образа тела на протяжении всего жизненного цикла человека, она выделяет такие стадии: 1) наделение

тела позитивным аффектом; 2) установление границ между телом и окружающей средой; 3) осознание частей тела и их взаимосвязи; 4) движение тела в пространстве; 5) половая идентификация; 6) процесс старения. Так, образ тела формируется в онтогенезе и непрерывно видоизменяется.

Именно в процессе развития индивида происходит разделение себя от объекта, а с формированием абстрактного мышления образ тела обретает четкие границы. На последующих этапах развития к ним присоединяется социальное воздействие, проявляющееся в реакциях со стороны окружающих на внешний облик индивида. Однако, на формирование образа тела не воздействует критическое мышление.

1.3.3 Исследования телесности в тифлопсихологии

На сегодняшний день исследования связанные с изучением телесности у слепых и слабовидящих немногочисленны, а работы, посвященные изучению образа тела в тифлопсихологии и вовсе практически отсутствуют. В представленных отечественных и зарубежных работах были выявлены особенности осязательного восприятия пространства, формирование представлений при дефектах зрения, кожно-оптическое чувство и кинестетические ощущения слепых и слабовидящих (Литвак А.Г., 1998; Солнцева Л. И., 2000; Klinkosz W., Sekowski A., Brambring M., 2006; Loprinzi P.D., Papadopoulos K.S., Eleni K., Charalampidou M., Gerapostolou I., 2013; Codey K., 2014).

Научные труды, посвященные исследованию образа тела (эмоциональное восприятие и представление, связанное с телесной внешностью и функциями тела, схема тела и концепция тела) у лиц со зрительными нарушениями нам не известны. В современной российской тифлопсихологии считается, что осознание себя и формирование представлений о себе у слепых и слабовидящих людей протекает отсрочено по сравнению с нормой и достаточно своеобразно — в силу отсутствия сравнительного опыта со зрячими и отсутствием критериев самооценивания

(Малиновская Н.Д., 2001). А.Г. Литвак обосновывает это, как редуцированность проявлений некоторых свойств восприятия.

Действительно, «избирательность восприятия ограничивается узким кругом интересов, снижением активности отражательной деятельности, меньшим по сравнению с нормой эмоциональным воздействием объектов внешнего мира; апперцепция проявляется слабее, чем в норме, в связи с недостаточным чувственным опытом; осмысление и обобщение образов осложняется недостаточностью чувственного опыта и снижением полноты и точности отображаемого; сокращается зона константного чувственного восприятия» (Литвак А.Г., 1998 с. 173). Такая особенность восприятия может проявляться в нарушениях целостного образа тела.

Рассмотрим нарушения возникающие в процессе развития устойчивого образа тела, которые приводят к возникновению патологических состояний. Эти состояния можно разделить на три группы:

- чрезмерная навязчивость и сверхстимуляция;
- эмпатическая недоступность;
- выборочность ответной реакции (непоследовательность) (Баранская Л.Т., Татаурова С.С., 2009).

Первая группа – чрезмерная навязчивость и сверхстимуляция. Возникает при навязчивых симбиотических отношениях между родителем и ребенком. Такие отношения не дают ему возможности для самоопределения. Они характеризуются чрезмерным вмешательством и контролем, со стороны родителя и желанием подчинить ребенка себе. При крайней выраженности поведенческого паттерна прослеживается нарушение в развитии, в следствии чего, образ тела воспринимается индивидом как нечто размытое, незрелое, асексуальное и смешанное с образом родителя (пример: анорексия). У такого человека телесная стимуляция и попытка заново интегрировать основы образа Я проявляются, как примитивные механизмы адаптации.

Вторая группа - эмпатическая недоступность. Данное нарушение возникает, когда родитель не может адекватно ответить на эмоциональные и

физические запросы ребенка. Отсутствие тактильных ощущений (поглаживаний, ласк, комфортного положения на руках) приводит к тому, что у ребенка возникают сложности с формированием надежных, четких границ тела, с сенсорным осознанием себя. В следствии чего, возникает несформированность телесного Я и искажение образа тела. Зачастую такие люди страдают булимией, хронической депрессией или имеют пограничную личностную организацию. В этих ситуациях образ тела видется индивидам, чем-то огромным, бесформенным, с размытыми границами. Довольно часто такие люди прибегают к чрезмерным физическим упражнениям, перееданию или отказу от еды для определения внутренней границы. Так же это может проявляться в тенденции носить свободную одежду как обозначение внешней размытой границы тела.

Третья группа - выборочность ответной реакции (непоследовательность). Возникает при выборочной реакция родителей на стимулы ребенка. Речь идет об игнорирование аффективных и кинестетических стимулов, и обращении внимания исключительно на боль и физические потребности. В результате этот поведенческий паттерн приводит к тому, что ребенок начинает объединять свой опыт вокруг болевых и болезненных ощущений для привлечения родительской любви и внимания. У пациентов с предрасположенностью к психосоматическим проявлениям болевые ощущения и физический дискомфорт становятся неотъемлемой частью самосознания. В следствии, не сформированности целостного и гармоничного образа тела, происходит размывание границы или ее отсутствие, что приводит к необходимости внешнего подкрепления в качестве механизма адаптации. При таком ходе развития наблюдается отсутствие постоянства объекта и образа, и приостановка саморазвития телесного-Я, что непосредственно связано с психологического развития личности.

Бодинамический подход стал связующим звеном в исследовании телесной сферы у лиц со зрительными нарушениями (Быкова Е.Б., 2014). Ключевой

идеей этого подхода является восстановление или создания новых моторных способностей, что содействует появлению новых психологических возможностей адаптации и как результат развитие личности. Данный подход основан на восстановлении движения соответствующего возрастным особенностям предыдущего этапа развития, а затем происходит освоение движений и осознание образа тела того возраста, в котором проявилась проблема (Быкова Е.Б., 2014). В рамках бодинамического подхода работа осуществляется как с детьми, так и со взрослыми, имеющими зрительные нарушения, она носит коррекционно-компенсирующий характер (Березкина-Орлова В.Б., 2011). Происходит стимуляция и активация сохранных анализаторных систем, что позволяет в процессе терапевтической работы и телесного осознания расширить способность замещению нарушенных функций и организовать сложную систему взаимодействия сохранных функций.

Подводя итоги, можно сказать, что восприятие феномена образа тела у лиц с дефектами зрения остается малоизученным, а существующие исследования в отечественной и зарубежной психологии лишь фрагментарно освещают данную тематику. Тем ни менее, эта проблема требует более глубокого изучения, так как восприятие собственного тела взаимосвязано и взаимозависимо с психическим и физическим состоянием здоровья личности. Дальнейшее эмпирическое изучение данного вопроса представляется необходимым, актуальным и будет рассмотрено в последующих главах работы.

Глава 2. Материал и методы исследования

В данной главе представлено описание выборки по результатам социально-биографической анкеты. Дана характеристика выборки в соответствии с дизайном исследования и проведен сравнительный анализ экспериментальной и контрольной групп. Раскрыта процедура организации и проведения экспериментальной части. Охарактеризованы методы изучения особенностей восприятия образа тела инвалидами по зрению.

2.1. Материал исследования

Выборку исследования составили 36 человек в возрасте от 23 до 42 лет, средний возраст 32 года (стандартное отклонение – 6,3 года). Из них 12 мужчин и 24 женщины. В соответствии с дизайном исследования выборка была разделена на две группы: людей, имеющих инвалидность по зрению и людей без зрительных нарушений. Группу инвалидов по зрению составило 18 человек, средний возраст которых $32 \pm 7,18$ года, из них 6 мужчин и 12 женщин. Группу зрячих составило так же 18 человек, средний возраст $32 \pm 5,55$ года, среди которых 6 мужчин и 12 женщин.

При установлении возрастных границ для участников исследования была выбрана периодизация психосоциального развития человека по Э. Эриксону. В исследование были приглашены лица, входящих в период ранней взрослости, границы которого, по Э. Эриксону, определяются возрастным промежутком от 19 до 40 (45) лет (Эриксон Э., 1996). Лица, входящие в эту возрастную группу, находятся на этапе зрелости, на котором индивид осознанно относится к себе и своему телу, на этом этапе происходит жизненное самоопределение (постановка и реализация планов на будущее, активный поиск себя, профессиональное становление, поиск партнера, создание семьи и активный период деторождения), но при этом еще не начались процессы стагнации, регрессии и активного старения.

Критериями включения в исследование являлись:

- 1) Возраст испытуемых от 18 до 45, период ранней взрослости по Э. Эриксону;
- 2) Наличие инвалидности по зрению (для экспериментальной группы);
- 3) Отсутствие психиатрического диагноза.

Таблица 1

Социально-биографические характеристики выборки

Социально-биографические характеристики		Группа (Количество респондентов)	
		Инвалиды по зрению (n=18)	Зрячие (n=18)
Возраст	Диапазон	23-42 года	23-42 года
	М (SD)	32,88 года (7,18)	32,88 года (5,55)
Пол	Мужчины	33,3% (n=6)	33,3% (n=6)
	Женщины	66,7% (n=12)	66,7% (n=12)
Семейное положение	В браке	33,3% (n=6)	55,6% (n=10)
	Разведены	11,1% (n=2)	16,7% (n=3)
	Не в браке	55,6% (n=10)	27,7% (n=5)
Дети	Есть	33,3% (n=6)	44,4% (n=8)
	Нет	66,7% (n=12)	55,6% (n=10)
Проживание	С родителями	55,6% (n=10)	11,1% (n=2)
	С родственниками	0% (n=0)	5,5% (n=1)
	В собственной семье	11,1% (n=2)	61,2% (n=11)
	Один / одна	0% (n=0)	16,7% (n=3)
	Другое	33,3% (n=6)	5,5% (n=1)
Уровень образования	Среднее	0% (n=0)	0% (n=0)
	Среднее специальное	22,2% (n=4)	11,1% (n=2)
	Неполное высшее	44,5% (n=8)	11,1% (n=2)
	Высшее	22,2% (n=4)	66,7% (n=12)
	Несколько высших	11,1% (n=2)	11,1% (n=2)
Занятость	Не работаю	44,5% (n=8)	0% (n=0)
	Работаю как наемный работник	38,8% (n=7)	77,8% (n=14)
	Работаю на себя	16,7% (n=3)	22,2% (n=4)
Уровень дохода	Низкий	11,1% (n=2)	5,5% (n=1)
	Ниже среднего	44,5% (n=8)	5,5% (n=1)
	Средний	33,3% (n=6)	83,5% (n=15)
	Выше среднего	0% (n=0)	5,5% (n=1)
	Высокий	11,1% (n=2)	0% (n=0)
Дополнительные заболевания	Есть	44,5% (n=8)	33,3% (n=6)
	Нет или незначительные	55,5% (n=10)	66,7% (n=12)
Употребление ПАВ	Нет	88,9% (n=16)	72,3% (n=13)
	В умеренных количествах	11,1% (n=2)	27,7% (n=5)

В исследуемой выборке изучались такие социально-демографические характеристики, как семейное положение, наличие детей, с кем проживают испытуемые, уровень образования, занятость (работа), уровень дохода, наличие заболеваний (дополнительных, помимо заболеваний зрения у группы с инвалидностью по зрению), а также употребление психоактивных веществ. Изученные социально-демографические характеристики выборки представлены в Таблице 1.

Помимо данных, представленных в таблице 1, были получены сведения о группе со зрительной инвалидностью, начале зрительного заболевания у лиц входящих в экспериментальную группу. Все испытуемые сообщили о своей профессии, росте, весе и отношении к собственному телу. Также они отметили особенности восприятия собственного тела и их стандарты привлекательности. Все названные выше показатели будут подробно описаны в главе 3.

На основании информации о наличии или отсутствии инвалидности по зрению испытуемые были разделены на две группы. Первая группа (экспериментальная) - лица со зрительными нарушениями, и вторая группа (контрольная) - лица, имеющие зрение в пределах нормы (зрячие).

Характеристика экспериментальной группы

Экспериментальную группу составили лица со зрительными нарушениями в количестве 18 человек, из них 12 женщин и 6 мужчин. Средний возраст участников исследования составил 32 года \pm 7,18 лет. Большая часть выборки со зрительными дефектами не состояла в браке (55,6%) не имела детей (66,7%). Так же, большинство из них проживало в родительских семьях (55,6%). Почти половина респондентов (44,5%) являлись безработными на момент проведения исследования. Среди профессий в первой группе (со зрительными нарушениями) встречались массажисты, музыканты, психологи, менеджеры, композиторы, переводчики и др. Причинами заболеваний, вызвавших потерю или снижение зрения, в группе со зрительными нарушениями были представлены такие заболевания, как

глаукома, катаракта, нистагм, амблиопия, миопия, астигматизм. Почти половина (44,5%) испытуемых имели не полное высшее образование. Уровень дохода в этой группе был оценен как ниже среднего у 44,5% выборки. В 88,9% участники исследования отрицали употребление психоактивных веществ.

Характеристика контрольной группы

Контрольную группу составили лица, не имеющие зрительных нарушений и оценивающих свое зрение как хорошее, не доставляющее дискомфорта в повседневной жизни. В исследовании приняли участие 18 человек, из них 12 женщин и 6 мужчин. Их средний возраст составил 32 года \pm 5,55 лет. Большая часть респондентов состояла в браке (55,6%) и не имела детей (55,6%). Превалирующее большинство (61,2%) проживало в собственных семьях. На момент исследования все из них (100%) имели полную занятость. Профессии во второй группе (зрячие) были представлены менеджерами, инженерами, преподавателями, переводчиками и др. Больше половины испытуемых имело высшее образование (66,7 %). Уровень дохода был оценен как средний 83,5% человек. В 72,3% участники исследования отрицали употребление психоактивных веществ.

Таким образом, вся выборка представлена взрослыми людьми с различными социально-демографическими характеристиками: со зрительными нарушениями и зрячими. Существенно отличаются показатели профессиональной реализации, у слепых безработные составляют 46% (занятость у 54%), а у зрячих 100% занятость. Так же, семейное положение инвалидов по зрению более не стабильное - 67% (не в браке/разведены), а 33% имеют законные отношения. У группы лиц с нормальным зрением более половины респондентов (56%) состоят в законном браке, 44% - разведены. На основании анкеты, можно сказать, что положительное отношение к своему телу у людей с нарушениями зрения (79%) и у зрячих (83%) ярко выражены. Несмотря на это, изменить свою внешность хотели бы 78% респондентов первой группы и 83% - второй группы, что может говорить о неудовлетворенности своими внешними характеристиками. Данное явление

может подкрепляться наличием общепринятых стандартов красоты, это подтвердили с одинаковой точностью респонденты обеих групп.

2.2 Процедура исследования

Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургской региональной организации Всероссийского общества слепых (СПб РО ВОС). Контакт с испытуемыми осуществлялся через ВОС, все испытуемые являются членами данной организации и имеют инвалидность по зрению I и II группы.

Набор контрольной группы осуществлялся при помощи приглашений к участию в исследовании, размещенного на платформе интернет в социальных сетях. Для включения в контрольную группу отбирались лица не имеющих зрительных нарушений, описывающие свое зрение как здоровое и не доставляющее неудобств.

Испытуемым была предоставлена информация о содержании исследования, о количестве времени, необходимом на прохождение исследования (приблизительно 1 - 1,5 часа в зависимости от характера зрительного нарушения или его отсутствия), о возможности получить полную обратную связь по индивидуальным результатам опросников.

Все испытуемые были проинформированы об анонимности полученных данных и давали письменное согласие на участие в исследовании. Предварительно была создана форма информированного согласия. Информация, предоставленная испытуемыми, оставалась строго конфиденциальной и использовалась только для общей математической обработки данных.

В силу особенности экспериментальной группы, вся процедура исследования проходила в ходе личного общения, вопросы зачитывались испытуемым устно, а ответы регистрировались в соответствующих бланках экспериментатором. В первую очередь испытуемые отвечали на вопросы социально-биографической анкеты, далее участникам исследования зачитывались вопросы четырех выбранных для исследования опросников.

Варианты ответа при необходимости были озвучены испытуемым повторно, все ответы на опросники предоставлялись участниками устно.

В течение двух недель, после прохождения исследования всем участникам, заинтересованным в результатах, предоставлялась обратная связь по индивидуальным результатам опросников. Обратная связь была представлена в форме письменного текста, оформленного крупным шрифтом (для слабовидящих) и полными развернутыми словами и предложениями, удобными для чтения при помощи электронной озвучки (для слепых).

Все полученные данные испытуемых были занесены в таблицы Microsoft Excel с анонимным обозначением номеров респондентов. Окончательный вид таблиц был использован для математической обработки данных.

2.3 Методы исследования

В качестве методов исследования был выбран следующий диагностический инструментарий: Опросник MBSRQ (многокомпонентный опросник отношения к собственному телу); шкала состояний образа тела BISS; опросник BIQLI (влияние образа тела на качество жизни); методика Q-сортировка (исследование самооценки); авторская социально-биографическая анкета.

2.3.1. Социально-биографическая анкета

Для проведения данного исследования была разработана социально-биографическая анкета, позволяющая установить общие данные об испытуемых, а также, на основании некоторых вопросов, исключить из исследования тех лиц, которые не удовлетворяют требуемым условиям выборки. Анкета включает в себя 24 вопроса для группы, имеющих зрительные нарушения и 21 вопрос для группы, не имеющей зрительных нарушений.

Пункты анкеты включали стандартный набор закрытых вопросов относительно социально-демографических характеристик, которые описаны в разделе 2.1 и представлены в Таблице 1 (вопросы о половой принадлежности

испытуемых, их возрасте, уровне образования, доходах, занятости и т.д.). Кроме того, в интервью были включены несколько открытых вопросов относительно дополнительных заболеваний и стандартов физической привлекательности, которые затем были объединены в один обобщенный список ответов и сравнивались показателями экспериментальной и контрольной группы.

Сокращение анкеты для группы зрячих обусловлено отсутствием вопросов, касающихся особенностей состояния зрения. Бланки с вопросами социально-биографической анкеты представлены в Приложении А.

2.3.2 Опросник MBSRQ (мультимодальный опросник отношения к собственному телу)

Многокомпонентный опросник отношения к собственному телу (MBSRQ) — это надежный инструмент для оценки различных аспектов образа собственного тела. Образ тела представлен рассматривается здесь как совокупность представлений о различных аспектах физического Я. Эти представления включают аффективные, когнитивные и поведенческие компоненты. Кроме того, телесное Я содержит в себе не только физическую составляющую, но и компетентность тела, «физическую форму», его биологическую целостность или понятие «здоровья/болезни».

Методика была разработана американским ученым Т.Ф. Кэшем в 1983 году. Является валидным методом в исследовании образа тела, что стало важным этапом в изучаемой области.

В данном опроснике были представлены следующие субшкалы теста: оценка внешности, ориентация на внешность, оценка физической формы, ориентация на физическую форму, ориентация на здоровье, ориентация на болезнь.

Оценка внешности (ОцВн) – описывает ощущение физической привлекательности/непривлекательности, удовлетворенность/неудовлетворенность своим внешним видом. Высокие баллы по данной шкале означают в основном позитивное и удовлетворительное

представление о своей внешности, тогда как низкие балы – общую неудовлетворенность своим внешним видом.

Ориентация на внешность (ОрВн) – характеризует степень вклада в свою внешность. Высокие баллы предполагают, что по мнению человека, внешность имеет большую значимость, человек уделяет много внимания своей внешности, выполняет многочисленные ухаживающие процедуры. Низкие баллы означают безразличие к своей внешности, внешний вид кажется для человека не особенно важным, и он не тратит много времени и средств, чтобы хорошо выглядеть.

Кроме того, существуют дополнительные субшкалы: удовлетворенность параметрами тела, озабоченность лишним весом, самооценка веса.

Удовлетворенность параметрами тела – похожа на субшкалу (ОцВн), не считая того, что данная шкала описывает и оценивает удовлетворенность отдельными аспектами своей внешности. Высокий суммарный балл означает, что индивид, в общем, доволен большинством параметров своего тела. Низкий балл означает недовольство параметрами тела или оценками отдельных параметров.

Озабоченность лишним весом – это шкала оценивает чувство тревоги, которое отражает страх пополнеть, иметь лишний вес, озабоченность контролем своего веса, бдительное отношение к колебаниям веса, диеты, сдержанность в еде.

Оценка собственного веса – эта шкала определяет, как люди отмечают и оценивают свой вес, начиная от недостатка и заканчивая излишком веса.

Уникальность мультимодального опросника в том, что он успешно применяется для экспресс-диагностики изучения образа тела в прикладных и клинических исследованиях. Блан опросника представлен в Приложении Б.

2.3.3 Шкала состояний образа тела BISS

При разработки диагностического материала для исследования образа тела Т. Ф. Кэш создал опросник, учитывающий аффективные переживания более общего порядка, касающиеся образа тела в целом. Шкала состояний образа тела BISS состоит из нескольких пунктов и оценивает краткосрочные аффективные/ оценочные переживания, связанные с собственной внешностью.

Данный опросник включает шесть пунктов, которые отличаются внутренней согласованностью, тест-ретестовой надежностью и конструктивной валидностью, при проведении исследований на выявление индивидуальных различий в отношении к образу тела. Пункты шкалы, направлены на оценку таких телесных переживаний как: неудовлетворенность – удовлетворенность внешностью в целом; неудовлетворенность – удовлетворенность размерами и формами своего тела; неудовлетворенность – удовлетворенность своим весом; чувство собственной привлекательности – непривлекательности; чувства, испытываемые по отношению к своей внешности в данный момент по сравнению с обычно испытываемыми чувствами и оценка своей внешности по сравнению с внешностью среднестатистического человека.

BISS является психометрически проверенной методики для аффективной оценки индивидом состояний образа своего тела. Бланк методики представлен в Приложении В.

2.3.4 Опросник BIQLI (влияние образа тела на качество жизни)

Опросник BIQLI был создан Т.Ф. Кэшем и Е.С. Флеминг. (Cash T.F., Fleming E.C., 2002). Данная шкала изучает влияния образа тела на качество жизни. Он основан на методе самоотчета и направлен на количественную оценку влияния образа тела на многогранные аспекты психосоциальной деятельности и благополучия в повседневной жизни.

Девятнадцать пунктов теста отражают те области, которые эмпирически были определены в качестве коррелятов образа тела, а именно, повседневное эмоциональное состояние, самооценка, сексуальность, социальный интерес/

избегание контактов, межличностные отношения, режим питания и занятия спортом, уход за собой, общая удовлетворенность жизнью и т.д. Тест оценивает влияние восприятия образа тела человека на различные психосоциальные области жизни (какие именно. раскрыть).

Во избежание необъективности, связанной с ориентацией на патологию, авторы предложили проводить оцениваются по семибалльной двухполюсной шкале. Шкала каждого пункты теста предоставляет градацию от +3 (очень положительное воздействие), до -3 (крайне отрицательное воздействие), где 0 (никакого воздействия) на жизнь индивида.

Таким образом, опросник влияния образа тела на качество жизни позволяет исследовать количественные показатели на качество жизни. как положительного, так и отрицательного воздействия образа тела на качество жизни. Бланк методики представлен в Приложении Г.

2.3.5 Методика Q-сортировка

Методика Q-сортировка была разработана в 1954 году Н. Butter и G. Naigh. Она направлена на изучение самооценки. В данной работе использовался сокращенный вариант, состоящий из 28 утверждений которые, раскрывают отношение испытуемого к самому себе. Он позволяет более быстро и надежно получить представление о разнице между образом самого себя и желаемым представлением о себе в отличии от предшествующих ему вариантов методики, состоящих из 100 и 74 утверждений.

Сокращенный вариант был разработан в Гамбурге S. Krauss в 1971 году. Теоретической основой Q – сортировки является концепция личности К. Роджерса (1994), согласно которой у психически здоровых людей сходство между отражением личности в данный момент и желаемыми представлениями о себе более высоко, чем у больных неврозами.

Испытуемым представляется набор из 28 карточек, которые содержат утверждения и названия свойств личности. Их следует распределить по категориям от «наиболее соответствующего» и до «наименее соответствующего». В каждой категории есть свои ограничения по количеству

карточек. Методика выполняется в два этапа. На первом этапе испытуемый должен расположить карточки таким образом, чтобы они отражали его представление о себе в настоящий момент (Я реальное). На втором этапе используются те же карточки, но их необходимо расположить так, чтобы они отражали идеальный образ человека, каким ему хотелось бы быть (Я идеальное).

В процессе обработки и интерпретации результатов вычисляется коэффициент корреляции между реальным и идеальным образом «Я». Бланк методики представлен в Приложении Д.

2.4 Математико-статистические методы обработки данных

Собранные материалы оформлялись с помощью приложения Microsoft Excel. Для их обработки использовались стандартные методы описательной и вариационной статистики в программном пакете статистического анализа Statsoft Statistica 10.0. Нормальность распределения анализировалась с помощью W-теста Шапиро-Уилка, значимость различий - с использованием U-критерия Манна-Уитни, статистические связи - с помощью расчета коэффициентов корреляции r-Спирмена.

ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение

3.1. Проверка характера распределения переменных

С учетом относительно небольшого размера анализируемых выборок, с целью повышения статистической достоверности результатов дальнейшего анализа, для оценки соответствия числовых величин в исследуемых переменных нормальному распределению использовался W-тест Шапиро-Уилка. Результаты анализа представлены в Таблице 2.

Таблица 2

Оценка отличия от нормальности исследуемых переменных с помощью W-критерия Шапиро-Уилка

Переменная	Группа инвалидов по зрению		Группа здоровых	
	W	p	W	p
Возраст	0,871*	0,023	0,972	0,832
Индекс массы тела	0,774*	0,001	0,980	0,954
Оценка внешности (MBSRQ)	0,923	0,166	0,941	0,301
Ориентация на внешность (MBSRQ)	0,928	0,205	0,896*	0,049
Удовлетворенность параметрами тела (MBSRQ)	0,852*	0,011	0,934	0,226
Озабоченность лишним весом (MBSRQ)	0,903	0,076	0,933	0,218
Оценка собственного веса (MBSRQ)	0,914	0,115	0,886*	0,032
Шкала состояний образа тела (BISS)	0,962	0,661	0,941	0,300
Влияние образа тела на качество жизни (BIQLI)	0,868*	0,020	0,937	0,253
Корреляция между реальным и идеальным образом «Я» (Q-сортировка)	0,882*	0,034	0,944	0,340

Примечание: символом «*» обозначены случаи значимого отличия в распределении показателя от нормальности.

По причине существенного количества случаев отличающегося от нормальности распределения в показателях изучаемых переменных далее для

описательного анализа всех переменных будут указываться значения медианы и верхнего и нижнего квартилей, для анализа различий между основной и контрольной группами в величинах переменных будет использоваться U-критерий Манна-Уитни, а для оценки статистической связи – коэффициент корреляции r-Спирмена.

3.2. Результаты изучения образа собственного тела (MBSRQ)

Для изучения оценки различных аспектов образа собственного тела использовался опросник MBSRQ. Анализ данных, собранных с помощью мультимодального опросника отношения к собственному телу, позволил выявить высокосignимые различия в оценках испытуемых из обеих выборок, соответствующих шкале ОЛВ (озабоченность лишним весом), а также различия на уровне статистической тенденции в показателях ОСВ (оценка собственного веса). Медианные характеристики выборок по всем шкалам методики можно увидеть в Таблице 3.

Таблица 3

*Оценка образа собственного тела инвалидами по зрению и здоровыми лицами.
Медианные оценки в выборках испытуемых по шкалам методики MBSRQ*

Название шкалы	Инвалиды по зрению			Здоровые			U
	М	Q ₂₅	Q ₇₅	М	Q ₂₅	Q ₇₅	
Оценка внешности	3,7	3,6	4,1	3,9	3,9	4,1	U = 124,00 p = 0,235
Ориентация на внешность	3,5	3,2	4,3	3,8	3,6	4,1	U = 123,00 p = 0,226
Удовлетворенность параметрами тела	3,7	3,0	4,0	3,9	3,7	3,9	U = 139,00 p = 0,481
Озабоченность лишним весом	2,3	2,0	2,8	3,5	2,5	3,8	U = 68,00 p = 0,002
Оценка собственного веса	3,0	2,5	3,5	3,5	3,0	3,5	U = 105,00 p = 0,074

Примечание: М – медиана, Q₂₅ – нижний квартиль, Q₇₅ – верхний квартиль, U – значение критерия Манна-Уитни, p – значимость различий.

Исходя из медианных оценок по шкале ОСВ, можно заключить, что для выборки испытуемых с инвалидностью по зрению имеется тенденция оценивать свой реальный вес немного ниже среднего. Озабоченность лишним весом оказалась несколько выражена для выборки здоровых исследуемых, в то время как выборка людей со зрительными нарушениями продемонстрировала, наоборот, сниженный уровень беспокойства в связи с собственным весом. Показатели, характеризующие шкалы оценки внешности, ориентации на внешность и удовлетворенность параметрами тела, значимо не различались в основном и контрольной выборках. Графическое представление характеризующих обе выборки показателей, соответствующих оценкам по шкалам методики MBSRQ, можно увидеть на Рисунке 1.

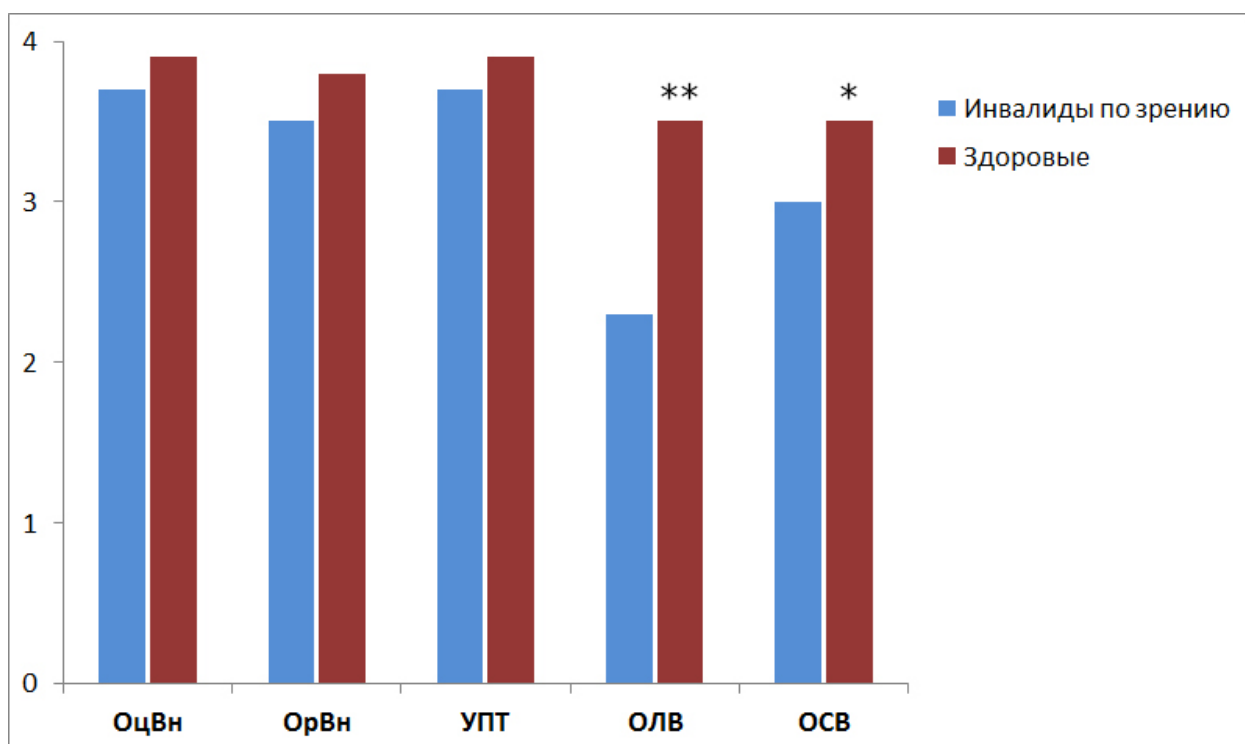


Рисунок 1. Медианные значения оценок испытуемых по шкалам методики MBSRQ.

Примечание: ОцВн – Оценка внешности, ОрВн – Ориентация на внешность, УПТ – Удовлетворенность параметрами тела, ОЛВ – Озабоченность лишним весом, ОСВ – Оценка собственного веса. Символом «**» обозначены различия на уровне $p < 0,01$, «*» – на уровне $p < 0,10$

Поиск связанных с полом различий внутри обеих выборок позволил обнаружить для группы инвалидов по зрению более высокий (на уровне статистической тенденции: $U = 12,50$, $p = 0,055$) балл по шкале «Ориентация на внешность» (OpВн) у женщин ($M = 3,6$, $Q_{25} = 3,3$, $Q_{75} = 4,3$) по сравнению с мужчинами ($M = 2,4$, $Q_{25} = 2,4$, $Q_{75} = 3,5$). В контрольной группе связанные с полом различия на уровне статистической тенденции имели место в оценках по шкале «Оценка собственного веса» ($U = 16,50$, $p = 0,076$): женщины имели более низкие показатели ОСВ ($M = 3,3$, $Q_{25} = 3,0$, $Q_{75} = 3,5$) по сравнению с мужчинами ($M = 3,8$, $Q_{25} = 3,5$, $Q_{75} = 4,0$).

Анализ корреляционных связей между оценками по шкалам методики, с одной стороны, и возрастом и индексом массы тела (ИМТ), с другой, показал в группе инвалидов по зрению отсутствие возрастных зависимостей, однако обнаружил сильную положительную корреляцию между ИМТ и ОСВ ($r = 0,777$, $p < 0,001$), а также отрицательную корреляцию на уровне статистической тенденции между ИМТ и оценками по шкале «Оценка внешности» (ОцВн) ($r = -0,448$, $p = 0,063$). Обратная связь между ИМТ и ОцВн указывает на тенденцию оценивать собственную физическую привлекательность тем выше, чем ниже значение индекса массы тела.

Сопоставимая по силе корреляция между ИМТ и ОСВ имела место также и в контрольной группе ($r = 0,733$, $p < 0,001$). Кроме того, была обнаружена обратная связь между ИМТ и оценками по шкале «Ориентация на внешность» ($r = -0,483$, $p = 0,011$), в соответствии с которой здоровым людям с более низким индексом массы тела свойственна более выраженная забота о собственной внешности. Интересным моментом представляется то, что в группе инвалидов по зрению данная закономерность не прослеживалась. Также, в отличие от основной группы, выборка здоровых испытуемых характеризовалась статистической тенденцией оценивать с возрастом собственный вес (шкала ОСВ) более высоко ($r = 0,435$, $p = 0,071$) и меньше заботиться о собственной внешности (шкала OpВн) ($r = -0,431$, $p = 0,074$).

3.3. Результаты анализа аффективных/оценочных переживаний, связанных с собственной внешностью (BISS)

Аффективная оценка состояний образа своего тела с помощью методики BISS в группе здоровых испытуемых характеризовалась медианным значением в 6,0 баллов ($Q_{25} = 5,3$, $Q_{75} = 7,3$), а в группе инвалидов по зрению – 5,5 балла ($Q_{25} = 4,7$, $Q_{75} = 6,3$). Статистически значимых различий между выборками по данному показателю обнаружено не было ($U = 124,00$, $p = 0,235$). Величина медианного балла в обеих выборках примерно соответствует нейтральному уровню аффективной оценки образа своего тела с небольшим смещением к положительному полюсу. Связанных с полом отличий в данном показателе внутри каждой из выборок найдено не было.

Анализ корреляционных отношений между данным показателем и возрастом, а также индексом массы тела в группе здоровых испытуемых обнаружил значимые отрицательные корреляции как с возрастом ($r = -0,614$, $p = 0,007$), так и со значением ИМТ ($r = -0,508$, $p = 0,031$). В выборке слепых и слабовидящих значимые корреляции между данными переменными отсутствовали. Графическое изображение соответствующих корреляционных полей в сопоставлении для основной и контрольной групп представлено на Рисунках 2 и 3.

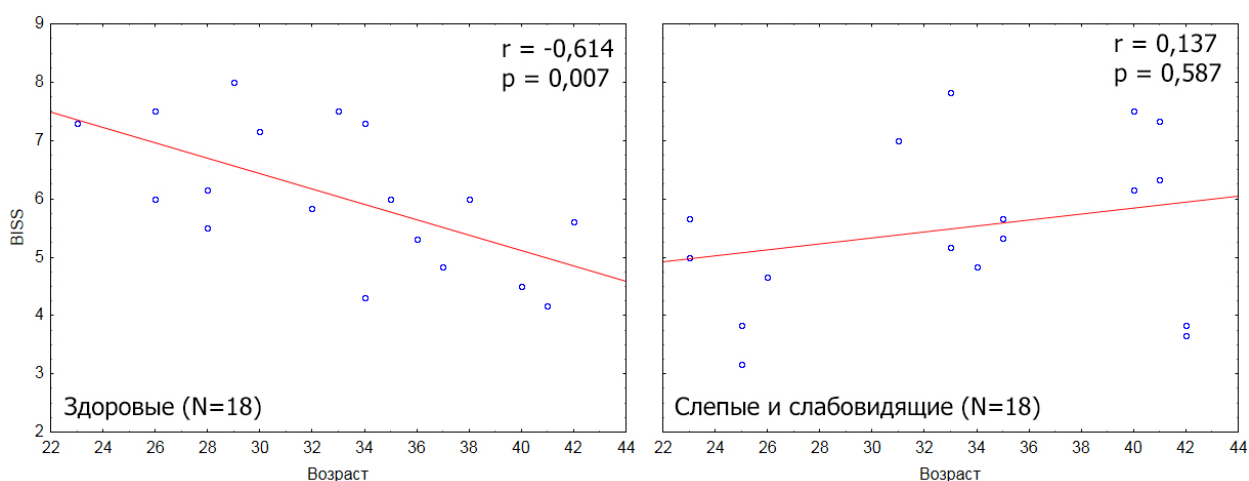


Рисунок 2. Корреляционное поле, отражающее связь между оценками испытуемых по методике BISS и возрастом

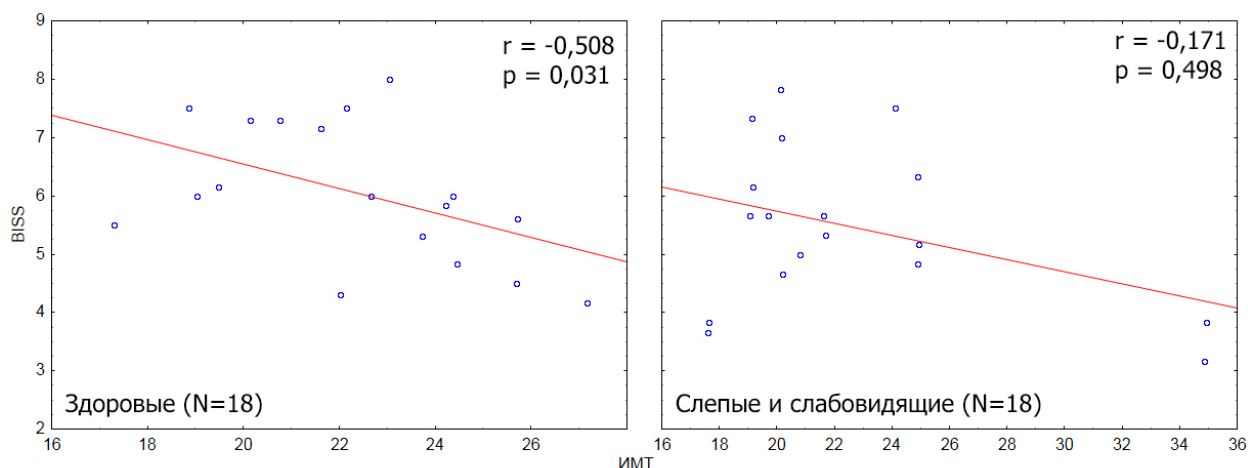


Рисунок 3. Корреляционное поле, отражающее связь между оценками испытуемых по методике BISS и индексом массы тела (ИМТ)

В отличие от здоровых испытуемых, для которых была характерна зависимость от возраста показателей аффективной оценки образа своего тела, в группе слепых и слабовидящих такого рода закономерности обнаружено не было. Принимая во внимание то, что более позитивное отношение к образу тела соответствует более высоким оценкам данного показателя, следует полагать, что с возрастом люди без серьезных нарушений зрительной функции испытывают все меньше и меньше положительных эмоций в связи с образом своего тела, в то время как инвалиды по зрению имеют относительно устойчивый уровень аффективной нагруженности в связи с представлениями о собственной телесности. Тот факт, что величина индекса массы тела имела сходный паттерн взаимосвязи с оценками испытуемых по методике BISS, дополнительно указывает на важность сохранности зрительной функции человека для возможности объективной самооценки показателей собственной телесности. Очевидно, что индекс массы тела, как правило, растет с возрастом на протяжении периода ранней взрослости. Однако именно доступность зрительному отражению сопутствующих росту ИМТ телесных признаков является значимым фактором, влияющим на эмоциональный компонент самооценки образа собственного тела.

3.4. Результаты анализа влияния образа тела на качество жизни (BIQLI)

Оценка характера влияния образа тела на аспекты психосоциальной деятельности и благополучия в повседневной жизни с помощью методики BIQLI соответствовала в группе здоровых испытуемых медианному значению, равному 2,1 балла ($Q_{25} = 1,4$, $Q_{75} = 2,3$), а в группе инвалидов по зрению – 1,6 балла ($Q_{25} = 0,8$, $Q_{75} = 1,8$). Данные показатели статистически значимо различались между собой ($U = 98,00$, $p = 0,045$). В обоих случаях величина данной оценки соответствовала представлению об умеренно положительном влиянии образа тела на качество жизни исследуемых. Значимых половых различий в уровне данного показателя ни в одной из групп найдено не было.

Корреляционный анализ возможных статистических связей между оценками участников исследования, полученными с помощью данной методики, и возрастом и индексом массы тела не выявил значимых корреляций в контрольной группе, однако позволил найти выраженный рост данного показателя в выборке слепых и слабовидящих в связи с их возрастом ($r = 0,742$, $p < 0,001$). Графическое изображение корреляционных связей между возрастом и оценками из опросника BIQLI в сопоставлении для двух групп можно увидеть на Рисунке 4.

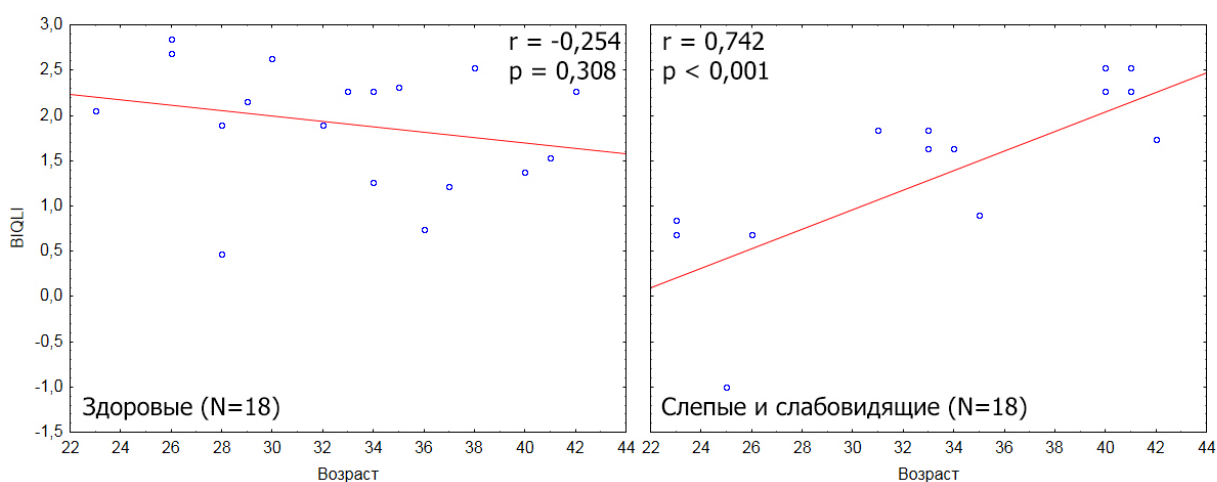


Рисунок 4. Корреляционное поле, отражающее связь между оценками испытуемых по методике BIQLI и возрастом

Позитивная возрастная динамика представлений в группе инвалидов по зрению о характере влияния образа собственного тела на качество жизни может свидетельствовать, в частности, о том, что негативная аффективная нагруженность представлений об актуальном зрительном дефекте, превалирующая на первых этапах периода ранней взрослости, ближе к сорока годам нивелируется вплоть до показателей, свойственных для людей без серьезных нарушений зрительной функции. Для последних данный показатель в среднем более-менее стабилен на протяжении всего периода ранней взрослости.

3.5. Результаты анализа уровня самооценки инвалидов по зрению и здоровых лиц (Q-сортировка)

Измерение общей самооценки испытуемых с помощью методики Q-сортировки предполагает расчет условного «коэффициента корреляции r », который позволяет оценить представление о разнице между образом самого себя и желаемым представлением о себе. В выборке здоровых испытуемых данный показатель имел медианное значение 0,49 ($Q_{25} = 0,19$, $Q_{75} = 0,81$), в выборке инвалидов по зрению – 0,71 ($Q_{25} = 0,42$, $Q_{75} = 0,92$). Величина данных показателей между двумя группами статистически значимо не различалась ($U = 123,50$, $p = 0,229$). В обоих случаях они находились в диапазоне типичных значений, которые определяются как находящиеся в границах от 0,46 до 0,90.

Анализ обусловленных полом различий в самооценке испытуемых позволил выявить различия на уровне статистической тенденции исключительно для контрольной группы ($U = 16,00$, $p = 0,068$): у мужчин медианное значение данного показателя равнялось 0,78 ($Q_{25} = 0,49$, $Q_{75} = 0,81$), у женщин – 0,39 ($Q_{25} = 0,18$, $Q_{75} = 0,62$).

Анализ корреляционных связей не обнаружил статистически значимых зависимостей самооценки от возраста и индекса массы тела ни в одной из выборок. Поиск взаимосвязей между самооценкой участников исследования и баллами по шкалам методик, направленных на исследование представлений, связанных с телесностью, выявил ряд интересных закономерностей.

В рамках нашего исследования, в группе здоровых испытуемых значимая корреляция с самооценкой была выявлена исключительно для такого показателя, как «Оценка внешности» из опросника MBSRQ ($r = 0,478$, $p = 0,045$), то в группе слепых и слабовидящих значимые корреляции имели место не только с данной переменной ($r = 0,738$, $p < 0,001$), но и с рядом других: «Удовлетворенностью параметрами тела» ($r = 0,745$, $p < 0,001$), «Оценкой лишнего веса» на уровне статистической тенденции ($r = -0,463$, $p = 0,053$), «Оценкой собственного веса» ($r = -0,515$, $p = 0,029$), оценками по методике BISS ($r = 0,794$, $p < 0,001$) и по методике BIQLI ($r = 0,504$, $p = 0,033$). В качестве демонстрации наиболее выраженных отличий в обнаруженных закономерностях между основной и контрольной выборками представим ниже корреляционные поля, отражающие статистические связи между самооценкой и аффективной оценкой состояний образа своего тела (Рисунок 5), а также удовлетворенностью параметрами собственного тела (Рисунок 6).

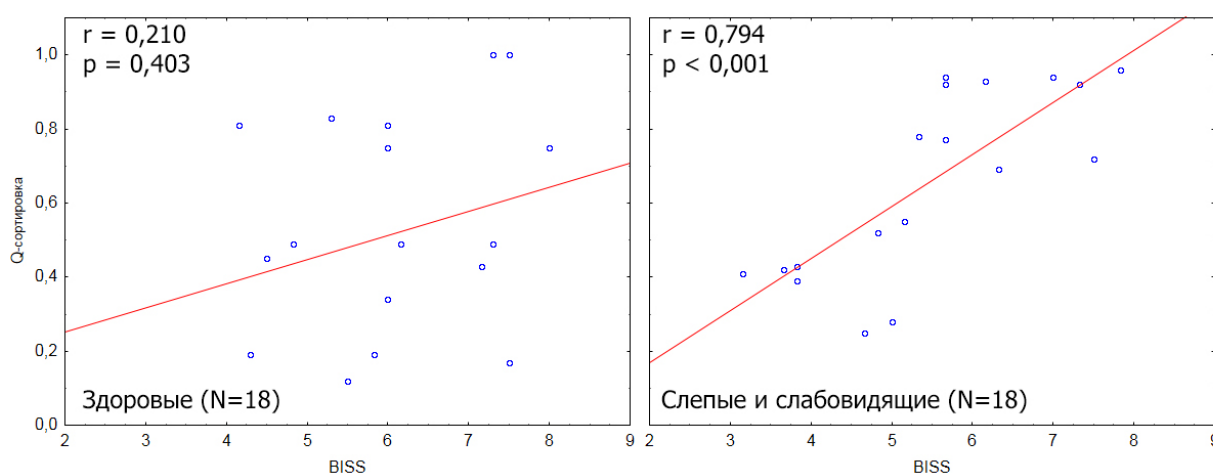


Рисунок 5. Корреляционное поле, отражающее связь между самооценкой (Q-сортировка) и удовлетворенностью параметрами собственного тела (BISS)

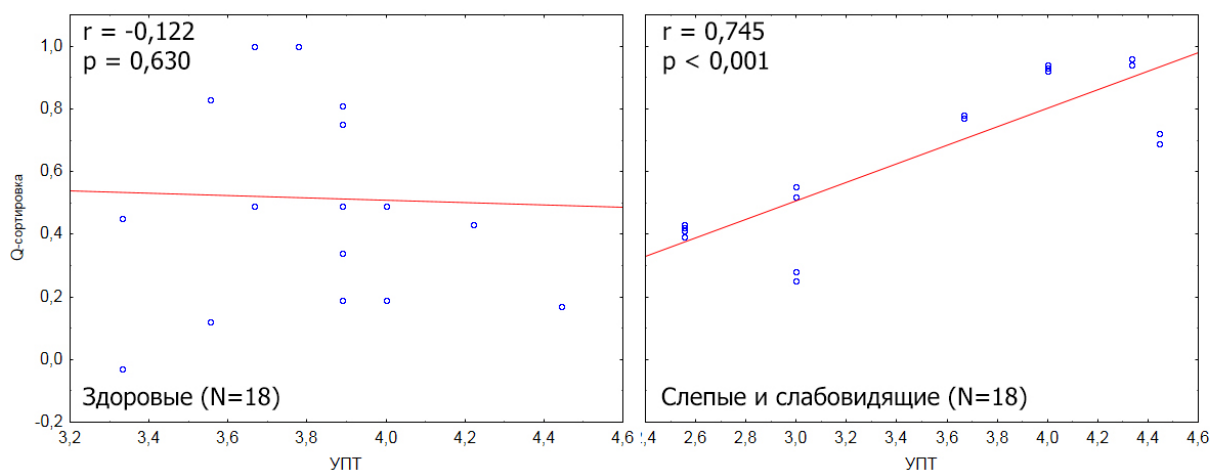


Рисунок 6. Корреляционное поле, отражающее связь между самооценкой (Q-сортировка) и аффективной оценкой состояний образа своего тела (шкала УПТ из опросника MBSRQ)

В обоих случаях мы наблюдаем в группе инвалидов по зрению существенную обусловленность показателей самооценки характером отражения в их сознании ряда параметров собственной телесности, а именно степенью удовлетворенности и более позитивной (равно менее отрицательной) оценкой образа своего тела. Отсутствие такого рода явных зависимостей в группе здоровых испытуемых указывает на то, что параметры собственной телесности у слепых и слабовидящих людей являются существенно более значимыми для формирования благоприятной самооценки, которая характеризовалась бы меньшим расхождением между реальным и идеальным "Я".

3.6. Субъективная оценка собственного тела инвалидами по зрению и у здоровых лиц

Анализируя результаты, социально-биографической анкеты, были получены следующие данные, которые свидетельствуют о субъективной оценке, как у здоровых, так и у инвалидов по зрению. В группе лиц со зрительными нарушениями (первая группа) 78% выборки испытуемых описали отношение к своему телу как очень хорошее, 22% - как удовлетворительное (Рисунок 7).

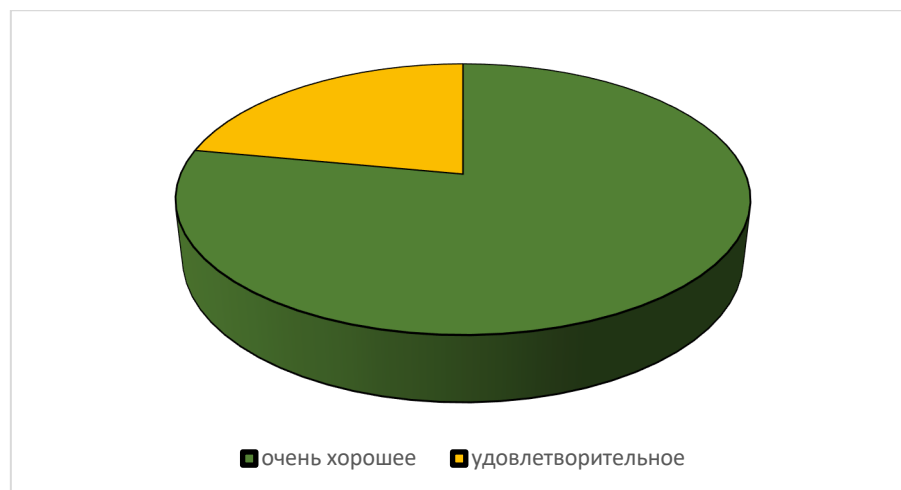


Рисунок 7. Субъективное отношение к своему телу лицами, имеющими зрительные нарушения

При этом из общего количества этой же выборки 78% хотели бы изменить свою внешность, т.е. стремятся стать более привлекательными, а не хотели бы ничего менять - 22% (Рисунок 8).

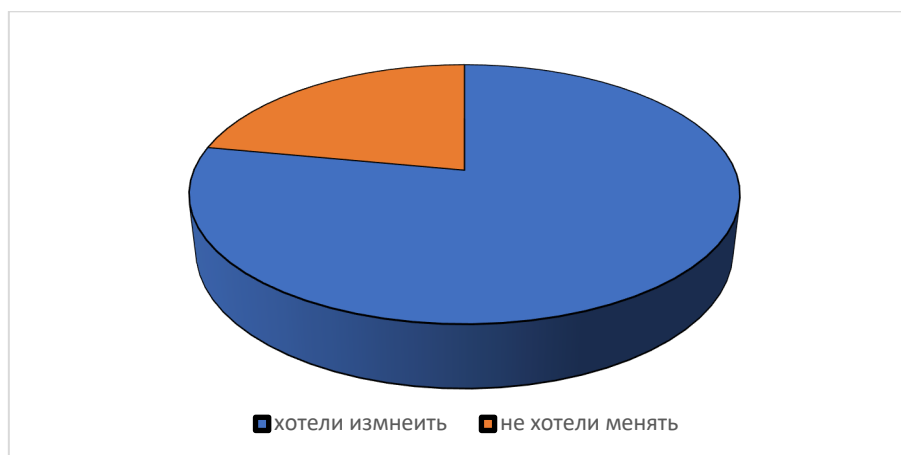


Рисунок 8. Желание изменить свою внешность у лиц, имеющих зрительные нарушения

Интересен тот факт, что у контрольной и экспериментальной группы в процентном соотношении довольно близкая субъективная оценка своей телесности (преимущественно положительная). И при этом в обеих группах ярко прослеживается тенденция желания изменить свою внешность. В группе с нормальной функцией зрения наблюдается следующая картина: 83% испытуемых описали отношение к своему телу как очень хорошее, а 16% - как удовлетворительное (Рисунок 9).

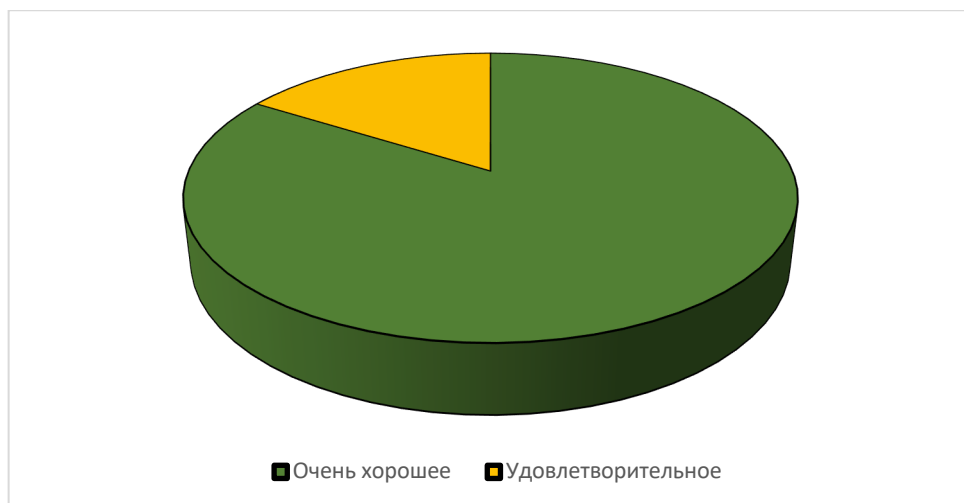


Рисунок 9. Субъективное отношение к своему телу лицами, не имеющими зрительные нарушения

При этом хотели бы изменить свою внешность - 83%, а ничего не хотели бы менять - 16% выборки зрячих (Рисунок 10).

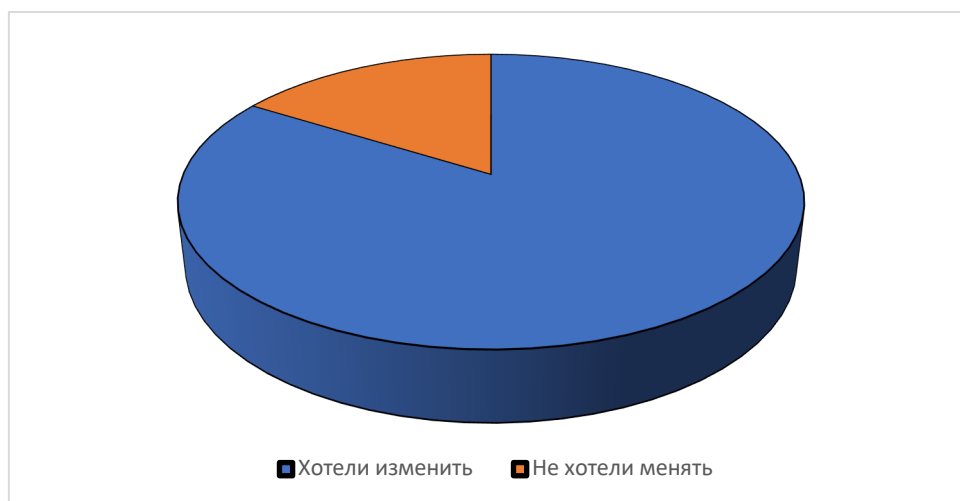


Рисунок 10. Желание изменить свою внешность у лиц, не имеющих зрительных нарушений

В первой, экспериментальной группе 89% считают себя привлекательными, 11% выборки этой группы - нет. Наличие общепринятых стандартов есть у 78% испытуемых первой группы, тогда как 22% считают, что их нет. Определили себя женственной/мужественным человеком 89%, а 11% не замечают за собой таких проявлений. В тоже время респонденты в 67% полагают, что соответствуют общепринятым стандартам, 33% - не соответствуют. Из них 67%, отметили наличие своих физических достоинств,

тогда как 33% считают, что их нет. Категория лиц с нарушениями зрения в 78% отметила наличие недостатков во внешности, а 22% определяют себя как лиц, не имеющих недостатков (Рисунок 11).

Во второй группе, в отличие от первой, 95% считают себя привлекательными и лишь 5% не признают своей привлекательности. Показатели наличия общепринятых стандартов внешней привлекательности совпадают в обеих группах (78% - да, 22% - нет). Так же, совпадают в процентном соотношении в двух группах данные по позициям наличия проявлений женственности/мужественности (89% - да, 11% - нет). В тоже время, респонденты второй группы выше в процентном соотношении, чем испытуемые первой группы, определили себя как соответствующих общепринятым стандартам (83% - соответствуют, 17% - не соответствуют). Это показывает объективность восприятия себя и стандартов в обществе. Испытуемые второй группы выявили более высокий процент по параметру физические достоинства 89%, отметили их отсутствие 11%. Обращает на себя внимание, высокий показатель наличия недостатков внешности, которые отметили респонденты во второй группе - 83% и лишь 17% не отмечают у себя внешних недостатков. При этом у первой группы данные показатели ниже (Рисунок 11).

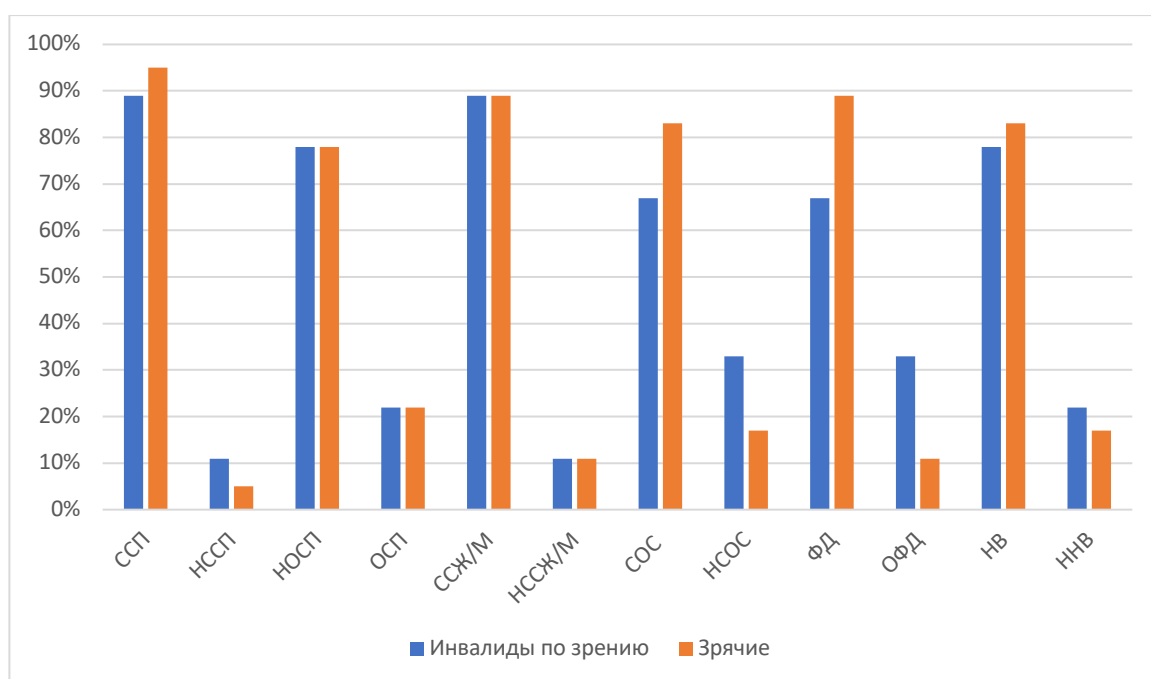


Рисунок 11. Субъективная оценка телесных показателей

Примечание: ССП – считают себя привлекательными, НССП – не считают себя привлекательными, НОСП – наличие общепринятых стандартов привлекательности, ОСП – отсутствие стандартов привлекательности, ССЖ/М – считают себя женственной/мужественным, НССЖ/М – не считают себя женственной/мужественным, СОС – соответствие общепринятым стандартам, НСОС – не соответствие общепринятым стандартам, ФД – физические достоинства, ОФД – отсутствие физических достоинств, НВ – недостатки внешности, ННВ – не имеют недостатков внешности.

3.7 Обсуждение результатов исследования

Результаты статистической обработки собранного материала дают возможность утверждать, что в ходе настоящего исследования были обнаружены новые данные о специфике телесного восприятия у слепых и слабовидящих в сравнении с людьми, не имеющих серьезных проблем со зрением.

Более низкую озабоченность лишним весом, а также несколько меньшую оценку собственного веса в группе инвалидов по зрению, по сравнению с контрольной выборкой, можно проинтерпретировать как свидетельство менее свойственного им чувства тревоги, связанного со страхом набрать лишний вес, необходимостью его контролировать, бдительным отношением к его колебаниям, необходимостью соблюдать диету и проявлять сдержанность в еде. Можно предположить, что особенности восприятия собственного тела у слепых и слабовидящих в значительной мере предопределяются редуцированностью проявлений отдельных свойств восприятия (Литвак А.Г., 1998), в частности, меньшей доступностью для сознания слабовидящих информации, связанной с параметрами внешней привлекательности, регулярно демонстрируемыми в средствах массовой информации и рекламной продукции. Отсутствие возможности зрительно контролировать параметры собственной внешней привлекательности в сопоставлении с окружающими способствует меньшей психоэмоциональной напряженности в связи с данной областью социального восприятия.

Менее положительная оценка влияния индивидуального образа тела на качество жизни в выборке слепых и слабовидящих представляется также вполне закономерной в связи с постоянной необходимостью принимать во внимание функциональные ограничения, вызванные невозможностью эффективно пользоваться зрительным каналом информации об окружающем мире.

Что касается показателей общей самооценки, которая определяется как степень близости представлений о реальном и желаемом образе «Я», между основной и контрольной группами значимых различий найдено не было. При этом данный показатель значимо не коррелировал ни с возрастом, ни с индексом массы тела участников исследования. Тот факт, что не было обнаружено значимых различий между основной и контрольной выборками в уровне общей самооценки, может указывать на то, что в рамках изученного возрастного диапазона (23-42 года) инвалиды по зрению могли уже в значительной степени преодолеть комплекс характерных для более молодых людей с серьезными проблемами со зрением (Лубовский В.И., 2005; Солнцева Л.И., 2006) переживаний, вызванных стрессом в связи с ограниченной доступностью социальных форм активности, широко представленных в жизни их типично развивающихся сверстников.

Отсутствие заметных половых различий в подавляющем количестве случаев оценки характеристик восприятия собственной телесности как в группе инвалидов по зрению, так и в контрольной выборке может указывать на меньшую обусловленность данных показателей фактором половой принадлежности, по меньшей мере, в рамках изученного возрастного диапазона. Однако для более однозначных выводов необходимо дополнительное расширение исследуемой выборки.

Представляет значительный интерес тот факт, что в группе инвалидов по зрению не прослеживается заметная возрастная динамика показателей отношения к различным параметрам собственной телесности. Слепые и слабовидящие не демонстрируют тенденцию меньше заботиться о

собственной внешности с возрастом (в рамках изученного возрастного диапазона от 23 до 42 лет), что характерно для здоровых испытуемых, и не склонны оценивать собственный вес как более высокий. Также, в группе инвалидов по зрению не прослеживается свойственная здоровым людям связь между показателями собственного веса и тенденцией практически заботиться о своей внешности. Высокое значение корреляции между индексом массы тела и оценкой собственного веса может свидетельствовать, в целом, об адекватной самооценке параметров собственного веса у испытуемых с инвалидностью по зрению, так же как и в контрольной выборке.

Аффективная оценка состояний образа своего тела также не оказалась зависимой от возраста у слепых и слабовидящих в отличие от здоровых испытуемых, которые характеризовались отрицательной динамикой данной оценки. Более того, данный показатель не был значимо связан у инвалидов по зрению и с величиной их индекса массы тела, как это было свойственно для контрольной выборки, состоящей из людей, не имеющих серьезных нарушений зрения.

Особенно любопытным представляется свидетельство роста значений показателя, характеризующего положительное влияние образа тела у инвалидов по зрению на качество их жизни, в связи с их возрастом. Такого рода закономерности не было выявлено в контрольной выборке. С учетом того, что данный показатель имел в среднем значимо более низкие значения у инвалидов по зрению по сравнению с группой здоровых испытуемых, можно предположить, что с возрастом у людей с серьезными проблемами зрения представления о влиянии наличного дефекта на качество их жизни постепенно теряют негативную аффективную нагруженность. В итоге, примерно к 40 годам данный показатель у них практически не отличается от такового у людей, которые не имеют сопоставимых по тяжести проблем со зрением.

Очень информативными оказались результаты корреляционного анализа возможных отношений между самооценкой испытуемых и особенностями восприятия ими собственной телесности. Если в группе

здоровых участников исследования единственная значимая связь имела место исключительно с оценкой собственной внешности, то в группе слепых и слабовидящих самооценка соотносилась с целым комплексом характеристик, касающихся восприятия телесности в ее разных аспектах. Представляется резонным предположить, что такая существенная обусловленность самооценки у инвалидов по зрению особенностями восприятия собственной телесности в ее эмоциональном, когнитивном и функциональном аспектах является следствием серьезных ограничений, которые накладываются на возможности реализовывать различные формы социальной активности и, тем самым, полноценно реализовывать разнообразные социальные потребности и мотивы.

Выводы

1. Использование Мультимодального опросника отношения к собственному телу (MBSRQ) показало, что в выборке слепых и слабовидящих имеет место тенденция оценивать собственный вес немного ниже среднего. Озабоченность лишним весом наблюдалась в выборке здоровых исследуемых, в то время как группа слепых и слабовидящих продемонстрировала, наоборот, сниженный уровень беспокойства в связи с собственным весом. Показатели, соответствующие шкалам «Оценки внешности», «Ориентации на внешность» и «Удовлетворенности параметрами тела», значимо не различались в основной и контрольной выборках. В группе инвалидов по зрению у женщин имели место более высокие оценки по шкале «Ориентация на внешность» на уровне статистической тенденции. В контрольной выборке женщины имели более низкие показатели по шкале «Оценка собственного веса».

2. Как основная, так и контрольная группы характеризуются аффективной оценкой состояний образа своего тела (методика BISS) на уровне средних значений с небольшим смещением к положительному полюсу, при этом между собой они значимо не различаются. Связанные с полом отличия в каждой из выборок отсутствовали.

3. Оценка влияния индивидуального образа тела на качество жизни с помощью методики BIQLI показала значимо менее высокие показатели в группе инвалидов по зрению. При этом в обеих группах они в целом соответствовали уровню умеренно положительного влияния. Значимых половых различий в уровне данного показателя не обнаружено ни в основной, ни в контрольной выборках.

4. Анализ самооценки с помощью методики «Q-сортировка» не выявил значимых различий между основной и контрольной выборками. В обоих случаях баллы самооценки находились в области типичных для здоровых людей значений. В контрольной группе мужчины имели более высокую самооценку на уровне статистической тенденции.

5. Возрастную динамику в группе инвалидов по зрению продемонстрировал исключительно такой связанный с телесностью показатель, как оценка влияния индивидуального образа тела на качество жизни (опросник BIQLI): с возрастом она увеличивалась. В контрольной выборке такого рода зависимости обнаружено не было. Кроме того, в выборке здоровых испытуемых, в отличие от выборки слепых и слабовидящих, с возрастом наблюдалась статистическая тенденция оценивать с возрастом собственный вес как более высокий и значимо меньше заботиться о собственной внешности. Аффективная оценка состояний образа своего тела с возрастом у них снижалась из области положительных значений к более нейтральным.

6. Такой показатель, как индекс массы тела, обнаружил в выборке инвалидов по зрению высокую положительную корреляцию со шкалой «Оценка собственного веса» и отрицательную корреляцию на уровне статистической тенденции со шкалой «Оценка внешности». Для контрольной группы также имела место прямая связь между индексом массы тела и «Оценкой собственного веса» и, помимо этого, обратная связь с баллами по шкале «Ориентация на внешность» и аффективной оценкой состояний образа своего тела (BISS).

7. Величина самооценки, определяемая как степень близости представлений о реальном и желаемом образе «Я» (методика «Q-сортировка»), схожим образом положительно коррелировала в основной и контрольной выборках с «Оценкой внешности» (MBSRQ). Однако в выборке инвалидов по зрению были дополнительно выявлены высокосignификантная положительная корреляция с «Удовлетворенностью параметрами тела», обратная корреляция с «Оценкой собственного веса» и, на уровне статистической тенденции, с «Оценкой лишнего веса» (MBSRQ), а также прямая корреляция с аффективной оценкой состояний образа своего тела (BISS) и оценкой влияния индивидуального образа тела на качество жизни (BIQLI).

Заключение

Данное исследование было направлено на изучение особенностей восприятия образа собственного тела инвалидами по зрению. В связи с тем, что вопрос изучения телесности у людей со зрительными нарушениями, является мало исследованной темой в России, нами было принято решение заняться изучением этой проблематики.

Значимость восприятия собственного тела оказывает существенное влияние на физическое и психическое здоровье личности, что и определяет актуальность предмета исследования. А недостаточная изученность специфики телесного восприятия у слепых и слабовидящих послужило основанием выбора темы данного дипломного исследования.

В ходе настоящего исследования были обнаружены новые данные о специфике телесного восприятия у слепых и слабовидящих в сравнении с людьми, не имеющими серьезных проблем со зрением. Не было обнаружено значимых различий между основной и контрольной группами в уровне общей самооценки. Явные отличия прослеживаются в положительном влиянии образа тела у инвалидов по зрению на качество их жизни, в связи с их возрастом. Такого рода закономерности не было выявлено в контрольной выборке.

Результаты исследования свидетельствуют о сходном уровне аффективной оценки состояний образа своего тела и сходном уровне самооценки, которая находится в области типичных для здоровых людей значений, как в экспериментальной, так и в контрольной группе. При этом половые отличия в оценке состояния образа своего тела отсутствуют, однако в контрольной группе мужчины имели более высокую оценку на уровне статистической тенденции.

Согласно гипотезе исследования предполагалось, что отношение к своей телесности имеет большее значение для инвалидов по зрению, чем для зрячих, но в меньшей степени влияет на их качество жизни в отличие от испытуемых, не имеющих зрительных нарушений. Действительно, в экспериментальной

группе с возрастом увеличивается показатель оценки влияния индивидуального образа тела на качество жизни, что не было обнаружено в контрольной выборке. Кроме того, в выборке инвалидов по зрению наблюдается тенденция значимо больше заботиться о собственной внешности, и аффективная оценка состояний образа своего тела с возрастом у них не снижается из области положительных значений к более нейтральным, в отличие от выборки здоровых. Величина самооценки в обеих группах положительно коррелирует с оценкой внешности, однако в группе инвалидов по зрению она напрямую взаимосвязана с удовлетворенностью параметрами тела и оценкой влияния индивидуального образа тела на качество жизни. Таким образом, выдвинутая нами гипотеза частично подтвердилась, а изучение телесности у людей со зрительными нарушениями требует дальнейшего рассмотрения.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы, с одной стороны, как подтверждение ошибочности представлений об неудовлетворенности своей телесностью и о неблагоприятном влиянии образа тела у слепых и слабовидящих, а с другой стороны, как задел для дальнейших исследований, с целью уточнения факторов, влияющих на формирование позитивного образа тела среди лиц с нарушением зрительных функций. Представляется актуальным дальнейшее изучение особенностей восприятия отношения к собственному телу инвалидами по зрению на более расширенной российской выборке, для улучшения психологической помощи данной категории лиц.

Практическая значимость исследования состоит в возможности использования результатов в организации и проведении психологической поддержки и психологического сопровождения (в частности, в психологическом консультировании, в проведении психологической тренинговой деятельности) исследуемой категории лиц, с учетом восприятия телесности и отношения индивида к своему телу, а также при разработке спецкурсов по тифлопсихологии.

Список использованных источников

1. Армитэдж Т.Р. О воспитании слепых и их занятиях. —Спб,1999. —С. 69.
2. Барановский В.А. Справочник медицинской сестры. – Ростов н/Д.: Феникс, 2009. — 581 с.
3. Баранская Л.Т., Татаурова С.С. Методика исследования образа тела- Учебное пособие. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2009. 84 с.
4. Баранская Л.Т., Ткаченко А.Е., Татаурова С.С. Адаптация методики исследования образа тела в клинической психологии // статья в журнале Образование и наука 2008 №3.
5. Березкина-Орлова В.Б. Телесная психотерапия. М., 2011. Березкина-Орлова В.Б. Телесная психотерапия. М., 2011.
6. Бескова Д.А., Тхостов А.Ш. Телесность как пространственная структура // Междисциплинарные проблемы психологии телесности. / Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М. 2004. С. 133-148.
7. Богданова М.А. Становление образа Телесного Я как проблема рождения личности [Электронный ресурс]/Богданова М. А. Режим доступа: psyjournals.ru/psytel2009/issue/40808_full.shtml (дата обращения: 12. 02. 2018).
8. Бодалев А. А. Личность и общение. - М.: Международная академия. 1995. — 326 с.
9. Бойсен Г., Boyesen, Mona Lisa, «Biodynamische Theorie und Praxis», в: Иларион Г. Петцольд [Ред.], Die neuen Körpertherapien, 1-е изд. Падерборн: Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung, 1977, с. 140-157.
10. Бубнова Т. В. Особенности формирования пространственных представлений у учащихся школ для слепых слабовидящих детей//Дефектология.31970.3 №4 С.320.
11. Буткина Г.А. Некоторые вопросы затруднения социально-психологической адаптации взрослых слепых//Дефектология.19771.
12. Быкова Е. Б. Теория и практика общественного развития (2014, № 16).

13. Быховская И. М. Homo somatikos: аксиология человеческого тела. - М.: Эдиториал УРСС, 2000. - 208 с.
14. Бюрклен К. Психология слепых: Пер. с нем. / Под ред. В. А. Гандера. М., 1934. — 264 с.
15. Виллей П. Педагогика слепых: Пер. с франц./Под. ред. Гандера. —М.: ВУЗов. —М.: Из-во Юристъ, 2006. —631 с.
16. Виляева С. И. Историческое развитие понятия «человеческая телесность» // Аналитика культурологии. — № 28. — 2014. — с. 20–32.
17. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский // Собрание сочинений: в 6-ти т. Т. 5. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.
18. Выготский Л.С. Психология развития как феномен культуры / под. ред. М.Г. Ярошевского. - М.: Институт практической психологии, Воронеж: Модек, 1996. — 512 с.
19. Горшкова Н. М. Особенности образа тела у детей старшего дошкольного возраста, воспитывающихся в условиях отцовской депривации в разные периоды детства. 2013 <https://scicenter.online/akmeologiya-uchebnik-scicenter/osobennosti-obraza-tela-detey-starshego.html> (дата обращения: 22. 03. 2018)
20. Гришина Л.П. Актуальные проблемы инвалидности в Российской Федерации. – М.: Академия, 2011
21. Гудонис В. Теоретические предпосылки интеграции лиц с нарушенным зрением // Дефектология. - 1996. №2. С. 7.
22. Гурфинкель В. С., Левик Ю. С. Концепция схемы тела и моторный контроль // Интеллектуальные процессы и их моделирование. Организация движений / Ред. А. В. Чернавский. М.: «Наука», 1991.
23. Жаров, Л. В. Двадцатилетний опыт изучения проблемы человеческой телесности (взгляд врача и философа) / Л. В. Жаров. - Ростов н/Д., 2001. - С. 2.
24. Земцова М.И. Пути компенсации слепоты в процессе познавательной и трудовой деятельности / – Москва: АПН РСФСР, 1956. – 419 с.

25. Земцова М.И. Пути компенсации слепоты. — М.: Просвещение, 2001
26. Зинченко В. П., Леви Т.С. Психология телесности между душой и телом. М.: АСТ Москва, 2007.
27. Зотов А.И. Дефект зрения и психическое развитие личности // Герцена, 1991.
28. Ильина Н. Л., Егоренко Л. А. Особенности восприятия образа тела у девочек 10–12 лет, занимающихся спортом. // Научно-теоретический журнал «Ученые записки». — № 9 (115). — 2014 год. — с. 172–176.
29. Кисляковская, В. В. Телесность и самоидентификация как аспекты формирования самосознания у подростков в норме и с нарушениями зрения [электронный ресурс] // Материалы VI Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум». — Режим доступа: <http://www.scienceforum.ru/2014/472/2076> (дата обращения: 25. 01. 2018).
30. Кисляковская, В.В. К пониманию телесности и самоидентификации как разных уровней переживания в концепции С.Л. Рубинштейна / В.В. Кисляковская // «Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки»: мат-лы X студ. междунар. заочн. науч.-практ. конф. (16 апреля 2013 г.) – Новосибирск: Изд. «СибАК», 2013. – С. 127-132.
31. Крогиус А.А. Психология слепых и ее значение для общей психологии и педагогики. - Саратов, 1926. – 143 с.
32. Круткин, В. Л. Телесность человека в онтологическом измерении // Общественные науки и современность. М., 1997, № 4.
33. Кузнецова Л.В., Переслени Л.И., Солнцева Л.И. и др. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. / под ред. Л.В. Кузнецовой — М.: Академия, 2002. — 480 с.
34. Леви Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития // Междисциплинарные проблемы психологии телесности / Ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. М., 2004. С.288-309.

- 35.Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие / А.Г. Литвак; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. - СПб.: Изд-во РГПУ, 1998. — 271 с.
- 36.Литвак А.Г. Теоретические вопросы тифлопсихологии: учебное пособие / Ленинград: Ленинградский государственный педагогический институт им. А.И. Герцена, 1973. – 153 с.
- 37.Литвак А.Г. Тифлопсихология: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. №2111 «Дефектология». — М.: Просвещение, 1985. — 208с.
- 38.Лоуэн А. Психология тела / пер. с англ. С. Коледа. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2000.
- 39.Лубовский В.И., Розанова Т.В., Солнцева Л.И. и др. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В.И. Лубовского. — 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия». 2005. — 464 с.
- 40.Малиновская Н.Д. Психология развития незрячих и слабовидящих людей. / Medline.ru 2001. ТОМ 2, С. 23 (сс.141-143).
- 41.Матвеев В.Ф. Психические нарушения при нарушениях зрения и слуха. - М.: Медицина, 1987. Раздел 1. — 184 с.
- 42.Миняров В. М. Формирование образа тела в сознании студентов-психологов // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — Т. 14. — № 2(4). — 2012. — с. 968–972.
- 43.Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2004. – 392 с.
- 44.Пиаже Ж. Характер объяснения в психологии и психофизиологический параллелизм // Экспериментальная психология. Вып. 1—2. М., 1966. С. 114—132.
- 45.Рикёр П. История и истина / Пер. с фр.; - СПб.: Алетейя, 2002 г. - 400 с.
- 46.Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: «Прогресс», 1994.

- 47.Рождественская Н.Н., Волкова О.А. Образ тела как проекция отношения к собственной личности // Психология телесности: теоретические и практические исследования. 2011. URL: <http://psyjournals.ru/psytel2011/issue/44584.shtml> (дата обращения: 15. 04. 2018)
- 48.Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: МГУ, 1989. – 216 с.
- 49.Солнцева Л. И., Хорош С. М. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста: 3-е издание- М., 2003 http://pedlib.ru/Books/1/0144/1_0144-12.shtml (5. 10. 2017)
- 50.Солнцева Л.И. Модели интегрированного обучения детей с нарушениями зрения // Дефектология. - 1997. № 2. С. 8.
- 51.Солнцева Л.И. Психология детей с нарушениями зрения (детская тифлопсихология). - М.: Классике Стиль, 2006. – 256 с.
- 52.Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. М.: «Полиграф сервис», 2000. – 126 с.
- 53.Стребкова Ю.А. Психолого-педагогические условия формирования образа тела в сознании студентов-психологов Самара: «Порт-принт», 2013. - 156с.
- 54.Татаурова С. С. Сравнительное кросс-культуральное исследование образа тела как когнитивной структуры самосознания // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. — № 31. — 2012. — 18–24.
- 55.Телесное Я. Терминологический глоссарий основных терминов динамической психиатрии / Под ред. В.А.Шаповаловой. – [Эл. ресурс]. – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/9/word/telesnoe-ja#a4> (дата обращения: 12. 11. 2017).
- 56.Трудности в общении инвалидов по зрению и пути их устранения: (Метод. рекомендации для реабилитологов) / Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена, Центр. шк. восстановления трудоспособности слепых;

- [Принимали участие В.А. Бараш и др.]. — М.: ИПТК "Логос", 1991 — 41, [2] с.; 22.
- 57.Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. — Москва: Смысл, 2007. — 287 с.
- 58.Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. — Москва: Смысл, 2007. — 287 с.
- 59.Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. -287 с.
- 60.Уляева Л.Г. Методы оценки сформированности образа Я-физического у занимающихся таэквондо // Юбилейный сборник научных трудов молодых ученых и студентов РГАФК. — М.: 1998. — С. 192-197.
- 61.Фрейд З. Я и Оно. - Л.: Академия, 1924. - С. 363.
- 62.Хрестоматия по истории тифлопедагогики / Сост. В.А. Феоктистова. - М.: Просвещение, 1987 — 191 с.
- 63.Цветоус-Сальхова Т. Э. К определению понятий «тело» и «телесность» // Профессиональное образование в современном мире. — № 2(5). — 2012. — с.101–108.
- 64.Черкашина А. Г. Самоотношение в структуре телесного самовосприятия студенток вуза // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — т. 12. — № 5. — 2010. — с.168–172.
- 65.Эльконин, Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д.Б. Эльконин // Вопросы психологии: семнадцатый год издания / Ред. А.А. Смирнов, О.А. Конопкин. — 1971. — №4. — С. 6-21.
- 66.Эриксон Г. Детство и общество - Изд. 2-е, перераб. и доп. / Пер. с англ. — СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996.
- 67.Язвинская, Е.С. Методологическое и теоретическое обоснование культурно-исторического подхода к изучению телесности [Эл. ресурс] // Новости украинской психиатрии. — Киев–Харьков, 2007. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper257> (дата доступа: 19. 12. 2017).

- 68.Якимова Л. С. Исследование феномена телесности в психологии // Молодой ученый. — 2016. — №10. — С. 1385-1389. — URL <https://moluch.ru/archive/114/29603/> (дата обращения: 12. 05. 2018).
- 69.Ярошевский М.Г. История психологии от античности до середины XX в: Учеб. пособие. — М., 1996. — 416 с
- 70.Butters J.W., Cash T.F. Cognitive-behavioral treatment of women's body image dissatisfaction. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 889-897, 1987.
- 71.Cash T.F. The body image workbook: an 8-step program for learning to like your looks. Oakland, CA: New Harbinger, 1997.
- 72.Cash T.F. Women's body images. In G. Wingood & R. DiClemente (Eds.), Handbook of women's sexual and reproductive health. NY: Plenum Press, 2002.
- 73.Cash T.F., Fleming E.C. The impact of body-image experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. International Journal of Eating Disorders, 31, 455-460, 2002.
- 74.Cash T.F., Henry P.E. Women's body images: The results of a national survey in the USA. Sex Roles, 33, 19-28, 1995.
- 75.Cash T.F., Pruzinsky T. Body Image: A handbook of theory, research and clinical practice. Guilford Press, 530 pp, 2004.
- 76.Cash T.F., Theriault J., Milkewitz M. Body image, attachment, and social functioning among college men and women. Unpublished manuscript, 1998.
- 77.Klinkosz W., Sekowski A., Brambring M. Academic Achievement and Personality in University Students Who Are Visually Impaired. / Journal of Visual Impairment & Blindness. 2006; 100(11): 666-675
- 78.Papadopoulos K.S., Eleni K., Charalampidou M., Gerapostolou I. The impact of vision loss on personality traits. / International Journal of Special Education. 2013. Vol 28, №: 3
- 79.Schilder P. The image and appearance of the human body. Barnes & Noble, 356 pp, 1999.

80. Schilder, P. The Image and Appearance of the Human Body / P. Schilder. – [Reprinted]. – London: Routledge, 1999. – 360 p.
81. Smolak L. & Levine M.P. Body image in children. In J.K. Thompson & L. Smolak (Eds.), Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2001.
82. Stevelink S.A.M, Fear N.T. Psychosocial impact of visual impairment and coping strategies in female ex-Service personnel / Journal of the Royal Army Medical Corps 2016; 162: 129-133
83. T.A., Whitaker L.A. Bigger is not always better: Body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. Plastic and Reconstructive Surgery, 101, 1956-1961, 1998.
84. Warren D.H. Blindness and Early Childhood Development (2nd ed.). NY: American Foundation for the Blind. 1984.
85. Williamson D.A. Body image disturbances in eating disorders: A form of cognitive bias? Eating Disorders, 4 (1), 47-58, (1996).
86. «Инвалидность по зрению ежегодно получают 45 тысяч россиян» Медновости. 2009. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2009/10/07/blind/> (дата обращения: 15.03.2018)
87. ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment> (дата обращения: 24.10. 2017)

Приложения

Приложение А

Социально-биографическая анкета

Анкета 1 – для испытуемых со зрительными нарушениями

Здравствуйте! Благодарим Вас, за согласие в принятии участия в нашем исследовании. Просим Вас ответить на ниже указанные вопросы.

Имя:

Шифр:

Пол: М/Ж	Возраст:	Рост:	Вес:
----------	----------	-------	------

1. Семейное положение:

- Женат/замужем
- Разведен(а)
- Вдовец(ва)
- Не женат/не замужем
- Состою в гражданском браке

2. Есть ли у Вас дети? ДА НЕТ

3. Планируете ли Вы в будущем иметь детей? ДА НЕТ

4. С кем Вы проживание на данный момент:

- один / одна
- с родителями
- с родственниками
- в собственной семье (с партнером / с детьми / с партнером и детьми)
- другое (с друзьями, в коммунальной квартире и т.д.):

5. Укажите, состав семьи в которой Вы воспитывались:

-
6. Есть ли у вас братья/ сестры? ДА НЕТ
7. Какой по счету вы ребенок в семье? _____
8. Какое у Вас образование?
- Неоконченное среднее
 - Среднее (школьный диплом)
 - Среднее специальное (диплом техникума или колледжа)
 - Неоконченное высшее (студент/студентка)
 - Высшее (диплом бакалавра, магистра или специалиста)
 - Несколько высших
 - Научная степень (кандидат или доктор)
9. Род занятости в данный момент
(профессия/специальность по диплому и занимаемая должность):
-
10. Уровень дохода:
- Высокий
 - Выше среднего
 - Средний
 - Ниже среднего
 - Низкий
11. Проблемы со зрением (если есть):
- Врожденные
 - Приобретенные
12. Группа инвалидности
13. Возраст потери зрения/ начало заболевания:
14. Дополнительные заболевания (другие хронические, соматические или психические заболевания):
-

15. Употребляете ли Вы ПАВ (алкоголь, курение, наркотики): ДА НЕТ

16. Как Вы относитесь к своему телу?

Очень хорошо 5 4 3 2 1 Совсем себе не нравлюсь

17. Хотели бы Вы изменить в нем что-нибудь? ДА НЕТ

18. Считаете ли Вы себя привлекательным человеком? ДА НЕТ

19. Как Вы думаете, существуют ли общественные стандарты физической привлекательности? Если- да, то какие? ДА НЕТ

20. Считаете ли вы себя женственной/мужественным? ДА НЕТ

21. Как вам кажется соответствуете ли Вы общепринятым стандартам женственности/ мужественности? ДА НЕТ

22. Как Вы считаете есть ли у Вас физические (внешние) достоинства? ДА НЕТ

23. Как Вы думаете, есть ли в вашей внешности недостатки или несовершенства? ДА НЕТ

24. Обратная связь: будут ли вас интересовать результаты опросников? ДА НЕТ

Анкета 2 – для испытуемых не имеющих зрительных нарушений

Здравствуйте! Благодарим Вас, за согласие в принятии участия в нашем исследовании. Просим Вас ответить на ниже указанные вопросы.

Имя:

Шифр:

Пол: М/Ж	Возраст:	Рост:	Вес:
----------	----------	-------	------

1. Семейное положение:

- Женат/замужем
- Разведен(а)
- Вдовец(ва)
- Не женат/не замужем
- Состою в гражданском браке

2. Есть ли у Вас дети? ДА НЕТ

3. Планируете ли Вы в будущем иметь детей? ДА НЕТ

4. С кем Вы проживание на данный момент:

- один / одна
- с родителями
- с родственниками
- в собственной семье (с партнером / с детьми / с партнером и детьми)
- другое (с друзьями, в коммунальной квартире и т.д.):

5. Укажите, состав семьи в которой Вы воспитывались:

6. Есть ли у вас братья/ сестры? ДА НЕТ

7. Какой по счету вы ребенок в семье? _____

8. Какое у Вас образование?

- Неоконченное среднее
- Среднее (школьный диплом)
- Среднее специальное (диплом техникума или колледжа)
- Неоконченное высшее (студент/студентка)
- Высшее (диплом бакалавра, магистра или специалиста)
- Несколько высших
- Научная степень (кандидат или доктор)

9. Род занятости в данный момент
(профессия/специальность по диплому и
занимаемая должность):

10. Уровень дохода:

- Высокий
- Выше среднего
- Средний
- Ниже среднего
- Низкий

11. Наличие заболеваний (хронические, соматические
или психические заболевания):

12. Употребляете ли Вы ПАВ (алкоголь, ДА НЕТ
курение, наркотики):

13. Как Вы относитесь к своему телу?

Очень хорошо 5 4 3 2 1 Совсем себе не нравлюсь

14. Хотели бы Вы изменить в нем что- ДА НЕТ
нибудь?

15. Считаете ли Вы себя ДА НЕТ
привлекательным человеком?

16. Как Вы думаете, существуют ли ДА НЕТ
общественные стандарты физической

привлекательности? Если- да, то
какие?

-
- | | | |
|---|----|-----|
| 17. Считаете ли вы себя женственной/
мужественным? | ДА | НЕТ |
| 18. Как вам кажется соответствуете ли
Вы общепринятым стандартам
женственности/ мужественности? | ДА | НЕТ |
| 19. Как Вы считаете есть ли у Вас
физические (внешние) достоинства? | ДА | НЕТ |
| 20. Как Вы думаете, есть ли в вашей
внешности недостатки или
несовершенства? | ДА | НЕТ |
| 21. Обратная связь: будут ли вас
интересовать результаты опросников? | ДА | НЕТ |

Приложение Б

Опросник MBSRQ (Thomas F. Cash) (мультимодальный опросник отношения к собственному телу)

Инструкция. Ниже приведены утверждения о том, как люди могут думать, чувствовать или вести себя. Пожалуйста, укажите, в какой степени каждое утверждение подходит для Вас. Ответы на предлагаемые вопросы анонимны. Для того чтобы заполнить опросник, внимательно прочитайте каждое утверждение и определите, насколько оно схоже с Вашим личным мнением. Пользуясь данной шкалой, укажите свой ответ, поставив номер в отведенную графу слева от утверждения. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Ответ должен быть максимально близок к Вашему мнению. Помните, что Ваши ответы конфиденциальны, поэтому постарайтесь отвечать искренне и заполнить все пункты теста.

ПРИМЕР:

_____ Обычно у меня хорошее настроение.

В левой графе поставьте

1. если Вы **совершенно не согласны** с данным утверждением;
2. если Вы **в основном не согласны**;
3. если Вы не можете **ни согласиться, ни возразить (ни то, ни другое)**;
4. если Вы **в основном согласны**;
5. если Вы **полностью согласны** с утверждением.

1	2	3	4	5
Совершенно не согласен/ не согласна	В основном не согласен/ не согласна	Ни то, ни другое	В основном согласен/ согласна	Полностью согласен/ согласна

1. Перед тем, как появиться в обществе, я всегда смотрю, как я выгляжу

2. Я стараюсь покупать одежду, в которой я буду выглядеть наилучшим образом

3. Мое тело сексуально привлекательно

4. Я постоянно беспокоюсь, что у меня избыточный вес, или, что я могу его набрать

5. Мне нравится, как я выгляжу

6. При любой возможности я смотрюсь в зеркало, чтобы проверить, как я выгляжу

	7. Перед тем, как выйти на улицу, обычно я трачу много времени на сборы
	8. Я очень остро чувствую даже незначительные изменения в своем весе
	9. Большинство людей считает, что я привлекателен / привлекательна
	10. Для меня важно всегда хорошо выглядеть
	11. Я пользуюсь немногими средствами по уходу за собой
	12. Мне нравится, как я выгляжу без одежды
	13. Я чувствую себя незащищенным/незащищенной, если не могу ухаживать за своей внешностью, как нужно
	14. Обычно я надеваю то, что лежит под рукой, и мне неважно, как это выглядит
	15. Мне нравится, как на мне сидит одежда
	16. Мне все равно, что окружающие думают о моей внешности
	17. Я стараюсь особенно ухаживать за волосами
	18. Мне не нравится мой внешний облик
	19. Я физически непривлекателен/непривлекательна
	20. Я никогда не задумываюсь о своей внешности
	21. Я всегда стараюсь улучшить свой внешний вид
	22. Я придерживаюсь диеты с целью похудения

Для оставшихся пунктов, используйте шкалу, приведенную после утверждения. Впишите ответ в графу слева.

_____ 23. Я пытался / пыталась сбросить вес, ограничивая себя в пище или придерживаясь радикальных диет.

1. Никогда
2. Редко
3. Иногда
4. Часто
5. Очень часто

_____ 24. Мне кажется, что у меня:

1. Большой недостаток в весе
2. Недостаточный вес
3. Нормальный вес
4. Есть лишний вес
5. Много лишнего веса

_____ 25. Взглянув на меня, большинство бы подумало, что у меня:

1. Большой недостаток в весе
2. Недостаточный вес
3. Нормальный вес
4. Есть лишний вес
5. Много лишнего веса

26-34. Используйте шкалу от 1 до 5, чтобы указать степень Вашей удовлетворенности или неудовлетворенности следующими аспектами Вашего тела:

1	2	3	4	5
Крайне недоволен / недовольна	В большей степени недоволен / недовольна	Ни то, ни другое	В основном доволен / довольна	Очень доволен / довольна

26. Лицо (черты лица, цвет лица и состояние кожи).

27. Волосы (цвет, густота, структура).

	28. Нижняя часть туловища (ягодицы, бедра, ноги).
	29. Средняя часть туловища (талия, живот).
	30. Верхняя часть туловища (грудная клетка или грудь, плечи, руки).
	31. Мышечный тонус.
	32. Вес.
	33. Рост.
	34. Внешность в целом.

Приложение В

Шкала состояний образа тела BISS (Thomas F. Cash)

Инструкция. Для каждого пункта теста отметьте галочкой в соответствующей ячейке то утверждение, которое лучше всего описывает Ваше состояние СЕЙЧАС, В ДАННЫЙ МОМЕНТ ВРЕМЕНИ. Внимательно прочитайте каждое утверждение, чтобы точно и искренне выбрать именно то, которое описывает ваше ощущение в настоящий момент.

1. В данный момент я чувствую...

- ✓ Крайнюю неудовлетворенность своей внешностью
- ✓ Практически полную неудовлетворенность своей внешностью
- ✓ Умеренную неудовлетворенность своей внешностью
- ✓ Некоторую неудовлетворенность своей внешностью
- ✓ Отсутствие, как неудовлетворенности, так и удовлетворенности своей внешностью
- ✓ Некоторую удовлетворенность своей внешностью
- ✓ Умеренную удовлетворенность своей внешностью
- ✓ Практически полную удовлетворенность своей внешностью
- ✓ Полную удовлетворенность своей внешностью

2. В данный момент я чувствую...

- ✓ Полную удовлетворенность размерами и формами своего тела
- ✓ Практически полную удовлетворенность размерами и формами своего тела
- ✓ Умеренную удовлетворенность размерами и формами своего тела

- ✓ Некоторую удовлетворенность размерами и формами своего тела
- Отсутствие, как неудовлетворенности, так и
- ✓ удовлетворенности размерами и формами своего тела
- ✓ Некоторую неудовлетворенность размерами и формами своего тела
- ✓ Умеренную неудовлетворенность размерами и формами своего тела
- ✓ Практически полную неудовлетворенность размерами и формами своего тела
- ✓ Крайнюю неудовлетворенность размерами и формами своего тела

3. В данный момент я чувствую...

- ✓ Крайнюю неудовлетворенность своим весом
- ✓ Практически полную неудовлетворенность своим весом
- ✓ Умеренную неудовлетворенность своим весом
- ✓ Некоторую неудовлетворенность своим весом
- Отсутствие, как неудовлетворенности, так и
- ✓ удовлетворенности своим весом
- Некоторую удовлетворенность своим весом
- ✓ Умеренную удовлетворенность своим весом
- ✓ Практически полную удовлетворенность своим весом
- ✓ Полную удовлетворенность своим весом

4. В данный момент я чувствую себя...

- ✓ Крайне привлекательным / привлекательной

- ✓ Очень привлекательным / привлекательной
- ✓ Умеренно привлекательным / привлекательной
- ✓ Мало привлекательным / привлекательной
- ✓ Ни то, ни другое (в плане физической привлекательности и непривлекательности)
- ✓ Несколько непривлекательным / непривлекательной
- ✓ Умеренно непривлекательным / непривлекательной
- ✓ Очень непривлекательным / непривлекательной
- ✓ Крайне непривлекательным / непривлекательной

5. В данный момент я чувствую себя по поводу своей внешности...

- ✓ Гораздо хуже, чем обычно
- ✓ Значительно хуже, чем обычно
- ✓ Несколько хуже, чем обычно
- ✓ Ненамного хуже, чем обычно
- ✓ Примерно так же, как обычно
- ✓ Ненамного лучше, чем обычно
- ✓ Несколько лучше, чем обычно
- ✓ Значительно лучше, чем обычно
- ✓ Гораздо лучше, чем обычно

6. В данный момент я чувствую, что выгляжу...

- ✓ Гораздо лучше среднестатистического человека
- ✓ Значительно лучше среднестатистического человека
- ✓ Несколько лучше среднестатистического человека

- ✓ Ненамного лучше среднестатистического человека
- ✓ Примерно так же, как среднестатистический человек
- ✓ Ненамного хуже среднестатистического человека
- ✓ Несколько хуже среднестатистического человека
- ✓ Значительно хуже среднестатистического человека
- ✓ Гораздо хуже среднестатистического человека

Приложение Г

Опросник BIQLI (Thomas F. Cash) (влияние образа тела на качество жизни)

Инструкция. У каждого человека есть свое представление о внешности. Некоторые люди довольны тем, как они выглядят, другие – нет. В тесте представлены варианты влияния образа тела или его отсутствия на вашу жизнь. В каждом пункте определите, как и в какой степени, образ вашего тела влияет на тот или иной аспект вашей жизнедеятельности, и обведите нужный ответ кружком. Перед тем, как сделать выбор, подумайте, какой вариант ответа наиболее точно отражает ваше обычное ощущение.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Крайне негативное воздействие	Весьма негативное воздействие	Слегка негативное воздействие	Никакого воздействия	Слегка позитивное воздействие	Весьма позитивное воздействие	Очень позитивное воздействие

Образ тела отражается на:

- | | | |
|-----|---|---------------------------|
| 1. | Ощущении собственной ценности | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 2. | Чувстве соответствия своему полу | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 3. | Взаимодействии с представителями своего пола. | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 4. | Взаимодействии с представителями противоположного пола | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 5. | Ощущениях при встрече с новыми людьми | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 6. | Ощущениях на работе или в школе | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 7. | Отношениях с друзьями | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 8. | Отношениях с членами семьи | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 9. | Повседневных эмоциях | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 10. | Общей удовлетворенности жизнью | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 11. | Чувстве собственной приемлемости в качестве сексуального партнера | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |

- | | | |
|-----|---|---------------------------|
| 12. | Удовлетворенности
сексуальной жизнью
Способности | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 13. | контролировать качество и
количество еды
Способности | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 14. | контролировать свой вес
Действиях по
поддержанию физической | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 15. | формы | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| | | |
| 16. | Желании совершать
действия, которые
могли бы привлечь
внимание к своей
внешности. | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 17. | Ежедневном уходе за
собой | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 18. | Уверенности в
повседневной жизни | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |
| 19. | Ощущении себя
счастливым / ой | - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 |

Приложение Д

Методика Q-сортировка (S. Krauss)

Инструкция 1 (Я-реальное): Перед Вами 28 карточек, каждая из которых содержит высказывание, касающееся определенных качеств и характеристик человека. Вам нужно рассортировать их таким образом, чтобы они описывали Вас таким, каким Вы есть, как можно более точно. Рассортируйте, пожалуйста, все карточки на 6 категорий – от самого похожего на Вас до самого непохожего. В каждой категории должно быть определенное количество карточек:

Инструкция 2 (Я-идеальное): а теперь разложите карточки таким образом, чтобы они описывали Вас таким, каким Вы хотели бы быть.

Регистрационный бланк к методике Q – сортировка (Q-sort)

1 категория – 2 карточки

2 категория – 5 карточек

3 категория – 7 карточек

4 категория – 7 карточек

5 категория – 5 карточек

6 категория – 2 карточек

1 Очень похоже	2 Похоже	3 Скорее похоже	4 Скорее не похоже	5 Не похоже	6 Совершенно не похоже

